Santé et Bien-être social Canada

Canada

Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux

Guide

89-02705/

Rapport du sous-comité des guides relatifs aux programmes institutionnels

Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux

SOINS PSYCHIATRIQUES AUX ADULTES DISPENSÉS PAR LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
1988

Also available in English under the title :
"Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals "

REMARQUE

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur autorisation. Cependant, étant donné l'évolution constante de bien des aspects des soins de santé et des techniques utilisées en médecine, nous accueillerons avec plaisir toute proposition de modification. Si vous avez des données concernant des techniques nouvelles ou des questions connexes, veuillez les communiquer au:

Secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux
programmes institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de cat. H39-10/1988F
ISBN 0-662-95205-7

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

AVANT-PROPOS v

LISTE DES PARTICIPANTS vii

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES AUX ADULTES DISPENSÉS PAR LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX x

REMERCIEMENTS xiii

A. INTRODUCTION 1

1. Le réseau de services 3
2. Un problème particulier 3
3. Le rôle de l'hôpital général 4
4. La prévention et la promotion 5

B. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES 7

1. Les principes régissant les soins 9
2. La clientèle 10
3. La planification: considérations régionales et locales 13
4. L'évaluation 17
5. Les programmes et thérapies offerts à l'hôpital 18
6. Le personnel 19

C. LES SERVICES HOSPITALIERS 29

1. Les services psychiatriques d'urgence 31
2. Les services d'hospitalisation 42
3. Les services d'hospitalisation partielle 58
4. Les services psychiatriques de consultation externe 64
5. La consultation et la liaison 72

D. LES CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES 75

1. La prise en charge des cas 77
2. Le malade potentiellement agressif 78
3. Les droits du malade 79
4. La communication et les facteurs culturels 82
5. Les maladies infectieuses 83

BIBLIOGRAPHIE 85

ANNEXES 89

ANNEXE I Les niveaux de prévention 91

ANNEXE II Le bassin de population 92

ANNEXE III A. Exemples de programmes de prévention et d'intervention 95

B. Exemples de modèles de réseau et de service 95

ANNEXE IV L'organisation administrative, les politiques et les procédures. 96

ANNEXE V Liste des guides régissant les programmes offerts en établissement. 101

AVANT-PROPOS

Avec les progrès technologiques et les changements observés dans le mode de prestation des services de soins de santé, il est devenu nécessaire d'élaborer des lignes directrices qui aideront à planifier et à mettre en oeuvre des programmes et services en établissement. Le guide qui suit fait partie d'une série réalisée sous la direction du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels. Il décrit les exigences applicables à un certain nombre d'unités de soins spéciaux, de services et de programmes qui relèvent d'établissements de soins.

De manière générale, les lignes directrices sont élaborées à partir d'informations, de connaissances théoriques et pratiques, de recherches et d'avis éclairés du milieu canadien des professionnels de la santé. Les auteurs du rapport se sont également fondés sur des renseignements obtenus essentiellement des organisations nationales et internationales de la santé. Ainsi, bon nombre de Canadiens venant des quatre coins du pays ont contribué à la préparation des lignes directrices, et ont réussi à parvenir à un consensus.

Renseignements généraux

L'élaboration de guides est un programme qui existe depuis 1972, et qui relève du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement qui chapeaute le Sous-comité permanent sur les guides relatifs aux programmes institutionnels. Cet organisme regroupe des représentants des autorités fédérales et provinciales et du milieu des professionnels et coordonne l'élaboration des guides à la demande du Comité consultatif.

Les guides sont produits par des groupes de travail composés de spécialistes; ils sont revus par le Sous-comité et soumis à l'approbation du Comité consultatif.

Objet

Les directives ont pour objet de fournir une description complète des besoins relatifs aux services dispensés dans les établissements de soins de santé. Bien qu'il s'agisse d'une synthèse des connaissances théoriques et pratiques des spécialistes du domaine, elles ne doivent pas être considérées propres à certains contextes. Ceux qui envisagent de créer un service devraient se servir du guide afin de déterminer dans quelle mesure ce service correspond à un besoin sur le plan local, régional ou, dans certains cas, provincial ou interprovincial.

Dans le cas des services en place, les directives peuvent contribuer à déceler les lacunes et à régler des problèmes, plus particulièrement:

- à définir des problèmes rattachés à l'administration, au personnel, à l'équipement et aux installations;

- à décider des mesures de redressement qui s'imposent;

- à classer les mesures de redressement par ordre de priorité en fonction des besoins cliniques, des fonds disponibles et du degré de déficience du service.

Perspectives d'avenir

Avec l'augmentation draconienne du nombre de services de soins intensifs et de soins spéciaux dans les établissements de soins, il est devenu nécessaire d'accroître le nombre d'installations, d'appareils spécialisés et d'effectifs hautement spécialisés. Parallèlement, le mode de prestation de soins aux patients a évolué de manière telle qu'il faut mettre à la disposition de ces derniers un continuum de soins où l'admission à un établissement ne représente qu'un aspect de l'ensemble des soins offerts. C'est pourquoi il y a lieu de déterminer quels sont les liens à établir tout au long du continuum de soins de santé qui va de la prévention de la maladie à la prestation de soins chroniques. La mise au point de nouveaux traitements et de nouvelles techniques nécessite l'élaboration continuelle de directives pour faciliter la tâche de ceux qui s'occupent de la planification et de l'administration de services en établissement.

Révisions

En raison de l'évolution rapide du mode de prestation des soins de santé, les directives devront être mises à jour et révisées. Toute décision à ce sujet sera prise par le Sous-comité qui surveillera les opérations.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité, chargé d'établir les directives nouvelles et mises à jour qui font partie de cette série, se compose des personnes suivantes:

Donald F. Moffatt, Président
Directeur
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Murray Barber
Conseiller en programmation
Division de la planification des établissements de santé
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Primrose Bishop
Directrice, Hospital Services
Institutional Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S (Terre-Neuve)

Pauline F. Chartrand
Coordonnatrice
Expert-conseil en soins prolongés
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)
(depuis janvier 1988)

Marcus Hollander
Directeur
Program and Mangement Analysis
Continuing Care Division
Ministry of Health
Parliament Building
VICTORIA (Colombie-Britannique)

D[r] Gordon A. Judge
Directeur médical et
adjoint du directeur général
St. Joseph's Hospital
HAMILTON (Ontario)

M.H. (Scotty) Lamb
Directeur
Hospital and Medical Care
Institutional Operations Branch
Alberta Hospital and Medical Care
EDMONTON (Alberta)

Phyllis MacDonald
Conseillère en soins infirmiers
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG (Manitoba)

D[r] J. Martin
Directeur, services professionnels
Centre hospitalier régional de Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

David L. Martin
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] Robert Seaver
Conseiller médical principal
Institutional Divison
Institutional Operations Branch
Ministry of Health
TORONTO (Ontario)

Janet Stow
Expert-conseil, soins prolongés
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)
(jusqu'en décembre 1987)

Comité consultatif de la santé mentale

Le Sous-comité tient à remercier le Comité consultatif de la santé mentale et les représentants du Comité consultatif membres du groupe de travail, qui lui ont apporté leur précieuse collaboration dans l'établissement et la révision des directives qui suivent.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES AUX ADULTES DISPENSÉS PAR LES HOPITAUX GÉNÉRAUX

Les directives qui suivent ont été élaborées et préparées par un groupe de travail pluridisciplinaire formé de spécialistes du domaine des services psychiatriques destinés aux adultes.

Membres

Brenda Wattie, Ph.D. (présidente)*
Directrice
Division de la santé mentale
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

William Fletcher, M.S.W.
(Vice-président)
Directeur, opérations régionales
Mental Health Services
Ministry of Health
VICTORIA (Colombie-Britannique)

Douglas Archibald, M.D. F.R.C.P. (C)
Administrateur
Psychiatric Mental Health Services
Department of Public Health
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)

Sharon Brintnell, M. Sc., B.O.T.
Professeur et présidente
Department of Occupational Therapy
University of Alberta
EDMONTON (Alberta)

John Christian, Ph.D.
Institut de psychiatrie communautaire et familiale
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
MONTRÉAL (Québec)

---

* Mme Wattie a actuellement une affectation spéciale au sein de la Direction générale des services médicaux, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Nancy Grayson, M.S.W.
Directrice du service social
Hôpital Royal Victoria
MONTRÉAL (Québec)

Ian Hector, M.D., F.R.C.P. (C)
Professeur agrégé
Department of Psychiatry
Université de Toronto
TORONTO (Ontario)

Pat Janko, R.P.N., B.A.
Directrice des services infirmiers
Battleford Mental Health Centre
NORTH BATTLEFORD (Saskatchewan)

Debi Mauro, R.N., B.A.
Directrice
Mental Health Operations Branch
Ministry of Health
Queen's Park
TORONTO (Ontario)

Robert McIlwraith, Ph.D.
Professeur agrégé
Section of Behavioural Sciences
Department of Psychiatry
University of Manitoba
WINNIPEG (Manitoba)

Janet Stow, R.N., B.A., Coordonnatrice
Expert-conseil, soins prolongés
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Maelor Vallance, M.B., Ch.B.
M.R.C. (Psych), F.R.C.P. (C)
Président, Hospital Issues
Greater Vancouver Mental Health Services
VANCOUVER (Colombie-Britannique)

Valerie Wilmot, Ph.D.
Expert-conseil, recherche en santé mentale
Divison de la santé mentale
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Nora Wilson, M.S.W.
Coordonnatrice des services cliniques
Department of Social Work
Toronto General Hospital
TORONTO (Ontario)

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail tient à remercier les personnes suivantes de leur précieuse collaboration dans l'élaboration des directives: John Clayton, M.D., F.R.C.P. (C), Barbara Lewis, B.Sc.N, Colin Lipscombe, M.D., F.R.C.P.

A. INTRODUCTION

A. INTRODUCTION

Un réseau de services de santé mentale a pour fonction d'aider les gens à atteindre leur niveau optimal de santé mentale et à demeurer dans la collectivité. C'est pourquoi il importe que les structures des services de santé mentale soient complètes, étroitement liées et bien coordonnées.

L'hôpital général représente un élément important du réseau de soins pour les personnes atteintes de maladies ou de troubles mentaux. Il met à leur disposition un éventail de plus en plus diversifié de services d'évaluation, de traitement et d'aiguillage et remplit souvent un rôle de catalyseur dans la mise en valeur des ressources communautaires.

1. LE RÉSEAU DE SERVICES

Ce document porte essentiellement sur les services psychiatriques dispensés par les hôpitaux généraux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement même, dans le contexte d'un réseau régional[1] qui comprend les services assurés par d'autres organismes, et qui vise un bassin de population. Pour que les patients reçoivent uniquement ce dont ils ont besoin, il faut que les réseaux de prestation de services soient souples, à défaut de quoi les patients risquent d'être affectés à des programmes prédéterminés plutôt qu'à des programmes destinés à répondre à la diversité de leurs besoins. En milieu rural, les hôpitaux généraux n'auront pas à leur disposition l'éventail de ressources que l'on peut se procurer dans les grandes villes. Par contre, ils occuperont une place déterminante à l'intérieur d'un réseau de services d'aiguillage, de consultation et de traitement qui touche un vaste secteur. La déficience des réseaux tant personnels que structurés de soutien communautaire a pour effet d'accroître la durée du séjour en établissement. C'est ce qui explique que les services d'hospitalisation sont surchargés de cas qui pourraient être traités dans d'autres cadres et qui mobilisent des lits qui pourraient servir aux malades aigus ayant besoin de soins en établissement dans le cadre de leur traitement.

2. UN PROBLÈME PARTICULIER

Une des fonctions importantes que doit remplir le personnel préposé aux services psychiatriques d'un hôpital général consiste à renseigner les autres membres du personnel hospitalier et les responsables de l'établissement sur les autres modes de prestation de services psychiatriques et sur l'importance de l'établissement de liens avec la collectivité et de programmes communautaires pour réduire la demande

---

1 Voir B.3 "La planification régionale et locale"

en matière de services d'hospitalisation. Les fonctions de soutien et de prévention, surtout celles qui ont des ramifications dans la collectivité, sont trop souvent sous-évaluées par rapport à la demande concernant les services médicaux et chirurgicaux plus conventionnels. En effet, il arrive qu'on ne songe pas à dispenser des services psychiatriques avant l'admission à l'hôpital alors que l'on juge nécessaires les admissions d'urgence. Si cet état de choses persiste, il est possible que les fonds consacrés à la santé mentale soient réaffectés de façon à répondre aux besoins immédiats liés à des situations d'urgence sans que l'on ne tienne compte des effets à long terme de la tendance à ne pas octroyer suffisamment de fonds aux services communautaires. Une telle attitude ne peut que se traduire par l'exercice de pressions accrues sur les services d'urgence. Il importe absolument d'établir une comparaison entre le fait d'attribuer des ressources à des programmes communautaires, dont les effets ne sont pas visibles à l'intérieur de la structure de l'hôpital mais qui comportent des avantages à long terme, et le fait de continuer de promouvoir les services d'urgence, essentiels et faciles à reconnaître, d'où un déséquilibre à l'intérieur du réseau. Les rajustements qui s'imposent en matière de financement devraient se faire dans les limites du budget consacré aux services psychiatriques.

3. LE RÔLE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

La tendance à orienter les patients vers les services de traitement dispensés dans la collectivité a modifié la nature des admissions de malades mentaux dans les hôpitaux généraux. En effet, bon nombre de ceux qui auraient sans doute été hospitalisés auparavant sont maintenant traités dans la collectivité ou dans le cadre de programmes de jour dispensés dans les hôpitaux. Bien que l'objectif consiste à permettre aux patients de demeurer dans la collectivité il peut s'avérer nécessaire de recourir à l'hospitalisation en raison du caractère aigu ou de la gravité de la maladie, de la rareté des ressources communautaires ou de l'absence de réseau de soutien nécessaire au maintien de la personne dans la collectivité. Même lorsque les ressources communautaires sont bien développées, certaines personnes doivent être hospitalisées pour des épisodes aigus et récurrents de la maladie. Bon nombre d'hôpitaux généraux assurent maintenant des services aux patients ayant déjà séjourné dans de grands hôpitaux psychiatriques provinciaux qui ne dispensent plus des soins prolongés de façon aussi systématique qu'ils ne le faisaient auparavant.

De nos jours la plupart des hôpitaux généraux offrent une gamme de programmes psychiatriques qui jouent un rôle de premier plan dans la prestation de soins de santé mentale. Les consultations externes, l'hospitalisation partielle, la consultation et la liaison et les services d'urgence ont été conçus à titre de complément aux services

d'hospitalisation; d'où une meilleure coordination et un plus grand choix de services. Au nombre des fonctions remplies par ce nouveau type de structure, on pourrait citer l'intervention d'urgence, l'évaluation, l'accès aux services spécialisés, l'aiguillage et la liaison avec les services communautaires de soutien.

Si un hôpital ne peut dispenser de services psychiatriques spécialisés, le personnel doit néanmoins être parfaitement familiarisé avec les services spécialisés et d'autres services vers lesquels les patients et les membres de sa famille qui sont à haut risque peuvent être orientés suite à une évaluation.

L'existence de services spécialisés tels que la psychiatrie légale ou la géronto-psychiatrie dans les hôpitaux comporte de nombreux avantages mais présente également certains risques potentiels. Tout d'abord, il y a le fait que les départements de psychiatrie peuvent se surspécialiser au point où les services psychiatriques généraux puissent en pâtir; que les patients ayant besoin de soins psychiatriques doivent être adressés à d'autres hôpitaux, leurs besoins n'étant pas jugés "compatibles" avec les mandats spécialisés de ces départements. Lorsque, dans une même région, plusieurs hôpitaux sont spécialisés au point où les services généraux laissent à désirer, il est possible que les patients ne puissent avoir accès au traitement dont ils ont besoin dans leur propre collectivité.

4. LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION

Outre la prestation de soins directs aux malades mentaux, le personnel psychiatrique a d'autres fonctions importantes à remplir, notamment sur les plans de la promotion de la santé et des activités de prévention dans la collectivité.

La prévention revêt de nombreuses formes, et l'on trouvera à l'Annexe I les définitions classiques données par Caplan à la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Comme ils sont en rapport constant avec les groupes communautaires et d'autres professionnels, les services psychiatriques devraient aider à déterminer les facteurs de risque pour la santé mentale applicables à l'échelle locale et à définir les stratégies et programmes de prévention, de concert avec des organismes locaux.

Étant donné que l'hôpital général est le lieu où se rendent le plus souvent les membres de la collectivité aux prises avec des problèmes de santé, il offre des possibilités uniques de renseigner les gens sur les modes de vie sains et de détecter les risques dès le début. En outre, il

est particulièrement bien placé pour mener des recherches sur les écarts et tendances observés d'une collectivité à l'autre sur le plan des problèmes de santé mentale.

Parmi les responsabilités de l'hôpital général sur le plan de la promotion de la santé, il y a des défis à relever tels que la diminution des inégalités quant à l'accès aux soins de santé, l'élargissement du champ de la prévention et l'optimalisation des possibilités et des réseaux de soutien dans la collectivité qui permettent aux gens d'exploiter au mieux leurs propres ressources. C'est pourquoi le personnel hospitalier ne devrait pas se préoccuper strictement de diagnostic clinique mais également tenir compte du contexte général dans lequel vit et évolue le malade. Il devrait s'intéresser aux effets que la maladie a sur la vie familiale et sociale du sujet et inversement, et prendre en considération le stress vécu par ces personnes. Il devrait s'employer à réduire au minimum les conséquences de la maladie du patient, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants à risque.

La collaboration avec d'autres département de l'hôpital et des organismes communautaires offre des possibilités très diverses sur les plans de la prévention et de la promotion. À titre d'exemple d'activité de prévention axée sur les groupes à haut risque, on pourrait citer la collaboration avec les unités de soins intensifs et de soins coronariens pour l'intégration des techniques de lutte contre le stress ainsi qu'avec les services d'urgence pour la prévention des traumatismes secondaires chez les victimes de violence ou de viol. Parmi les activités de promotion figure la collaboration avec les groupes communautaires tels que les établissements scolaires et les associations récréatives pour l'élaboration de programmes de santé mentale visant à modifier les attitudes à l'égard de la maladie mentale ou à améliorer la capacité de composer avec les transitions normales de la vie.

Étant donné la diversité des composantes du rôle de l'hôpital général, la création de postes dans les différentes disciplines devrait être directement rattachée aux exigences des services directs tout en tenant compte des aspects plus généraux de ce rôle.

B. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1. LES PRINCIPES RÉGISSANT LES SOINS

Les principes exposés ci-après rendent compte de la philosophie et de l'approche sur lesquelles repose ce document et ne sont pas énumérés par ordre d'importance.

1.1 Le service psychiatrique d'un hôpital général devrait faire partie intégrante du réseau de soins de santé mentale et s'employer à promouvoir le concept d'un réseau complet et coordonné de services offerts en établissement et de services communautaires dans le bassin de population.

1.2 Les hôpitaux généraux devraient pouvoir s'occuper de la prise en charge initiale des malades atteints de troubles mentaux. Les hôpitaux devraient veiller à ce que leur personnel possède la formation et l'expérience voulues.

1.3 Les objectifs des programmes devraient être complets et comprendre la prestation d'un service complet d'évaluation et de diagnostic; des services de réadaptation et de traitement de haute qualité; le dépistage précoce des cas à haut risque sur le plan psychologique ainsi que la prévention de la maladie mentale et la promotion de la santé mentale.

1.4 Pour éviter le double emploi, les programmes psychiatriques offerts par les hôpitaux généraux devraient être coordonnés avec les autres services spécialisés.

1.5 Les services d'aiguillage et d'évaluation psychiatriques de base devraient être offerts à la collectivité visée par l'hôpital général.

1.6 L'hôpital général devrait être en mesure de fournir toute la gamme de services de traitement psychiatrique de haute qualité, qu'il s'agisse d'hospitalisation, de consultation externe ou d'hopitalisation partielle. Pour ce faire, il doit avoir à sa disposition une équipe de praticiens compétents qui puissent mettre à contribution leurs connaissances acquises dans plusieurs disciplines.

1.7 Les soins devraient être adaptés aux besoins de chaque patient. Dans le cas des patients en pleine possession de leurs facultés, le traitement ne doit être donné qu'avec leur consentement éclairé.

1.8 La famille d'un patient doit, dans la mesure du possible, jouer un rôle dans l'évaluation et le programme thérapeutique du sujet.

1.9 L'hospitalisation ne doit durer que le temps nécessaire à la stabilisation. Le fait de pouvoir compter sur un bon réseau de ressources et de soutien communautaires facilite énormément la mise en congé de l'hôpital et aide la personne a réintégrer la vie dans la collectivité.

1.10 Une unité psychiatrique implantée dans un hôpital général devrait se fonder sur les critères d'efficacité et de rentabilité dans sa façon de gérer ses ressources humaines et ses autres ressources tout en assurant des services psychiatriques de haute qualité à la collectivité cible.

1.11 Pour que l'hôpital général réponde correctement aux besoins de la clientèle psychiatrique, il est important que les responsables de l'établissement prévoient explicitement la réalisation de recherches sur les besoins de cette population, l'assurance de la qualité et l'évaluation des programmes.

Les programmes d'assurance de la qualité, qui comprennent à la fois des vérifications externes et des mécanismes internes de contrôle systématique sont essentiels à la qualité des soins dispensés aux patients et à l'amélioration des programmes. L'assurance de la qualité devrait être intégrée aux programmes et pratiques de l'unité de soins de façon à ce que l'évaluation soit faite de façon périodique ou continue. Il est important que le personnel reçoive régulièrement les résultats des vérifications externes et internes ou des évaluations.

L'assurance de la qualité, l'évaluation de programmes et la recherche doivent être envisagées dans une perspective pluridisciplinaire et devraient porter à la fois sur les services offerts dans la collectivité, les services de consultation externe et les services d'hospitalisation. Les principes de l'assurance de la qualité et de l'évaluation de programmes devraient présider à l'élaboration et à la mise en oeuvre des services.

2. LA CLIENTÈLE

Comme on a pu l'observer, la demande en services de santé mentale dans les hôpitaux généraux a crû de façon phénoménale. En effet les enquêtes réalisées récemment montrent que dans certains établissements de soins pour malades aigus, qui utilisent généralement une technologie de pointe, un grand nombre de lits sont occupés par des personnes souffrant de maladies mentales ou de problèmes connexes. D'autres études indiquent que la moitié des gens dont le problème est

essentiellement d'origine psychiatrique et qui ont besoin de soins en établissement sont admis dans des hôpitaux généraux qui n'offrent pas de programmes de soins psychiatriques.

L'escalade de la demande est attribuable à beaucoup de facteurs. L'adoption du principe de la "désinstitutionalisation" a entraîné la mise en congé de nombreux patients hospitalisés et la suppression d'une forte proportion de lits dans bon nombre d'hôpitaux psychiatriques provinciaux. Les malades qui ont déjà été hospitalisés et bon nombre de personnes dont la maladie a été récemment disgnostiquée sont maintenant traités dans la collectivité, l'hôpital général fournissant plusieurs des services dont ils ont besoin. Bien que les préjugés et les stéréotypes concernant la maladie mentale demeurent, il est maintenant davantage admis dans les hôpitaux généraux qu'il y a lieu d'examiner et de traiter les problèmes sociaux et psychologiques, que les problèmes soient la principale raison qui amène le sujet à consulter ou qu'ils accompagnent un traumatisme physique, comme ceux qui découlent d'une tentative de suicide, de toxicomanies ou de brûlures graves. En outre, on comprend mieux les composantes psychologiques de maladies physiques. Avec cette conception plus holistique des soins, la demande de services de santé mentale ne fait que croître. Plus ça va plus la liste des hôpitaux généraux qui traitent des problèmes d'incapacité chronique s'allonge.

La composition de la clientèle que l'on retrouve dans n'importe quel programme dépendra du bassin de population. En voici des exemples:

- personnes atteintes de troubles de la personnalité, en période de crise
- toxicomanes
- jeunes adultes vivant un premier épisode psychotique
- adultes atteints d'incapacité chronique, vivant des épisodes psychotiques récurrents
- personnes âgées souffrant de maladie mentale
- personnes aux prises avec des problèmes tels que la dépression, conditionnés par des agents de stress liés à l'environnement.

La prestation de soins psychiatriques dans un hôpital général comporte de nombreux avantages. En recevant des soins dans la collectivité où ils vivent, les malades peuvent conserver des liens avec la famille et les amis et l'unité de traitement peut mettre à contribution d'autres personnes qui comptent dans la vie du patient. L'hôpital général fait partie intégrante de la collectivité, et les soins de santé mentale dispensés à l'hôpital peuvent être perçus comme un élément normal du

programme thérapeutique destiné à la personne souffrant de maladies mentales ou physiques. Il peut entretenir des liens étroits avec le médecin de famille et d'autres professionnels qui se sont occupés du patient. Il donne accès à un personnel spécialisé dans le diagnostic médical et à des appareils, ce qui peut rehausser la qualité de l'évaluation et du traitement médical, et il offre normalement des ressources de qualité optimale dans des domaines tels que les services de diététique et de pharmacie.

De nos jours, dans la plupart des administrations, les services sont dispensés dans la mesure du possible sous forme de consultations externes. Toutefois il y aura toujours lieu de recourir à l'hospitalisation pour l'évaluation et l'intervention, ainsi que pour le traitement d'épisodes récurrents de maladies aiguës et problèmes aigus découlant d'incapacités résiduelles[2].

Le choix de l'hôpital

Dans les régions desservies à la fois par les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux dotés d'unités psychiatriques, on se demande parfois si un patient doit s'adresser à un hôpital psychiatrique ou à un hôpital général. Les décisions individuelles dépendront essentiellement des méthodes d'aiguillage utilisées localement et des intérêts particuliers des cliniciens. Certains principes généraux peuvent s'avérer utiles, mais ne seront pas nécessairement valables pour toutes les régions du pays:

- Les patients aux prises avec des problèmes médicaux et chirurgicaux, notamment ceux qui souffrent de troubles mentaux à la suite d'une chirurgie, d'une dialyse ou d'un autre traitement, devraient être traités dans un hôpital général.

- Les patients dont l'état devrait s'améliorer et se stabiliser rapidement au terme d'une brève hospitalisation ou d'un court séjour dans un service thérapeutique, devraient s'adresser à un hôpital général doté d'un service psychiatrique.

- Les patients dont l'état fait l'objet d'une étude réalisée par un clinicien ou une équipe spécialisée, par exemple les sujets souffrant d'un dérèglement de l'alimentation, devraient s'adresser à un hôpital spécialisé.

---

2 Voir C.2 "Les services d'hospitalisation"

- Les patients qui devraient avoir besoin des possibilités de séjour prolongé et des soins psychiatriques plus étendus et de longue durée offerts par un hôpital psychiatrique devraient s'adresser à ce type d'établissement.

Les ministères provinciaux de la Santé devraient établir des directives précises qui s'appliqueraient à leurs provinces respectives.

Les services dispensés aux personnes atteintes d'incapacité grave

Outre les services réservés aux malades aigus, il importe de pourvoir aux besoins de la catégorie de personnes souffrant de troubles mentaux graves qui dans bien des cas doivent pouvoir compter sur un milieu de soutien stable et prendre part à une activité utile pendant une période prolongée.

Ce genre de patients ne peuvent se contenter d'un programme "provisoire" de durée limitée, axé sur l'acquisition de compétences, qui les oblige, au bout d'un certain temps, à l'abandonner pour se réintégrer à un milieu plus "normal". Il est possible que les patients s'en sortent bien tout le temps qu'ils font partie du programme mais que les choses se détériorent lorsqu'ils sont transférés dans un milieu professionnel où règne la concurrence ou dans des cadres sociaux plus hétérogènes et plus exigeants. Leurs besoins ne seront pas non plus bien comblés s'ils sont adressés à une succession de programmes de durée limitée. Une telle façon de procéder donnera lieu à des rechutes, à des bouleversements et à des réadmissions à l'hôpital.

Les objectifs des programmes conçus pour ces patients doivent être clairement définis. Il peut s'avérer nécessaire de recourir aux centres de jour, aux programmes d'activités et aux haltes-accueil qui soient administrés dans un hôpital ou dans la collectivité et dont l'intervention ne soit pas d'une durée limitée, pour offrir à cette clientèle l'environnement stable et accueillant, ainsi que les activités et les contacts sociaux dont elle a besoin. Le succès de ce genre de programmes devrait être mesuré selon le fonctionnement des patients pendant qu'ils y participent et non pas après que l'on leur a demandé de mettre un terme à leur participation au programme.

3. LA PLANIFICATION: CONSIDÉRATIONS RÉGIONALES ET LOCALES

Dans les grands centres urbains, les établissements de soins pour malades aigus offrent généralement un éventail complet de services d'hospitalisation, de consultation externe, d'hospitalisation partielle, de consultation et de liaison dans le domaine psychiatrique. Avec

l'augmentation considérable du nombre d'hôpitaux qui assurent ce genre de services, le risque de double emploi au niveau des programmes est accru, d'où la nécessité de réduire au minimum ce genre de problèmes par la planification et la coordination des services. Les services dispensés par les hôpitaux généraux varieront d'une région à l'autre, mais ils représenteront invariablement un élément d'un continuum ou d'un "réseau" plus vaste de services. Les liens entre les services non dispensés et les services offerts à l'hôpital devraient être pris en considération au début de l'étape de la planification.

Pour que la coordination des programmes et la prestation des services reposent sur le concept d'un réseau, il faut que l'hôpital joue un rôle actif dans l'élaboration d'un mécanisme et d'un processus qui facilitent la coordination et l'intégration des services. Le rôle joué par l'hôpital, c'est-à-dire soit celui de principal instigateur, soit celui de participant, dépendra de la façon d'envisager la prestation des services dans une région ou une administration donnée.

Dans les régions urbaines où plusieurs hôpitaux offrent des services psychiatriques complets, il y a lieu d'éviter le double emploi sur le plan des services spécialisés. La planification devrait viser d'une part à coordonner les programmes d'un établissement à l'autre et d'autre part à assurer un lien nécessaire entre les services dispensés à l'hôpital et les autres services. Il importe d'analyser en profondeur les rapports entre les programmes mis en oeuvre en établissement (par exemple entre les programmes d'hospitalisation et les programmes de consultation externe et les hôpitaux de jour; entre les programmes d'hospitalisation et les services d'urgence). Toutefois, le principal objectif devrait consister essentiellement à aider les patients à recevoir les services dont ils ont besoin.

3.1 La planification et la coordination

Planifier la coordination et l'intégration des services psychiatriques et d'autres services soulève un certain nombre de questions, notamment:

- l'ordre de priorité des services dans le cas des patients et des groupes à haut risque

- la mise à contribution des collectivités, notamment dans l'établissement et la mise en oeuvre de programmes

- la coordination de tous les organismes qui dispensent des services de santé mentale aux échelons local et régional

- la mise sur pied de comités consultatifs de la santé mentale destinés à promouvoir la compréhension et la coopération[3]

- la reconnaissance du fait que les programmes communautaires, les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques d'un hôpital général constituent les principaux éléments du "continuum de services"

- la réalisation permanente d'activités de recherche et d'évaluation pour déterminer les besoins en matière de programmes et l'efficacité des programmes

- la promotion de normes professionnelles et le recours à un personnel hautement qualifié, dans le domaine de la prestation de services directs et dans des postes d'administration et de planification clés.

3.2 La planification régionale

Dans certaines régions, les ministères et d'autres organismes de planification peuvent exiger certaines initiatives locales de planification et de coordination concernant les unités psychiatriques. À cet égard, des comités de planification peuvent être créés aux échelons local, régional et provincial. Les hôpitaux ont un rôle important à jouer dans la planification du dialogue à tous les niveaux y compris celui des services offerts en établissement.

Dans toutes les régions, les dispensateurs de soins à l'hôpital devraient instaurer des rapports professionnels et éducationnels étroits avec les autres principaux dispensateurs de services et groupes communautaires. La planification et la prestation de services de santé mentale pour une région donnée doit consister à:

- définir la population cible de la région ainsi que ses besoins en matière de soins généraux, de services d'urgence, de programmes de soins chroniques et de soins spécialisés.

---

3 Voir: Metropolitan Mental Health Planning Board of Halifax-Dartmouth. Santé et Bien-être social Canada

3.3 La planification locale et communautaire

Lorsqu'ils planifient et administrent les services de santé mentale à l'échelon local, les planificateurs doivent s'assurer que les services ne font pas double emploi avec d'autres services et que l'on relève les lacunes sur le plan des services pour y remédier (voir 3.1 ci-dessus).

Les représentants de toutes les disciplines qui font partie de l'équipe psychiatrique oeuvrant dans un hôpital général peuvent mettre leurs connaissances et leur expérience au service des organismes sociaux, résidences, organismes bénévoles et groupes d'entraide dans le cadre d'un processus continu de liaison et de consultation. Ils peuvent intervenir en leur qualité de spécialistes en cas d'urgence, en donnant leur avis sur la prise en charge d'un patient donné, par exemple une personne âgée atteinte de troubles mentaux, ce qui peut permettre à la personne d'être traitée dans la collectivité.

À l'hôpital, les membres de l'unité psychiatrique peuvent être appelés à dispenser des conseils aux salles d'urgence et aux unités de soins médicaux et chirurgicaux, par exemple à un ex-malade psychiatrisé, qui gagnerait peut-être à être examiné par le principal dispensateur de soins de l'unité psychiatrique. Ce dernier peut également fournir des données au sujet des antécédents du patient et des conseils sur la prise en charge et le traitement. Le personnel affecté aux unités psychiatriques peut être mis à contribution dans les discussions concernant le départ d'un patient d'une unité de soins médicaux, par exemple lorsqu'il y a des doutes au sujet de sa capacité de vivre de façon autonome chez lui.

Les services dispensés par l'hôpital général

L'hôpital remplira son rôle classique de centre de traitement pour malades aigus auprès des personnes désireuses d'être traitées pour une maladie mentale aiguë, comme il le fait actuellement auprès des personnes souffrant d'autres formes de maladies aiguës. Le niveau des services de ce genre dispensés par l'hôpital dépendra des autres ressources offertes dans la collectivité. Il reste que l'hôpital général devra offrir des services d'hospitalisation, des programmes d'hospitalisation partielle et certains programmes de consultation externe, ainsi qu'il est décrit dans la partie C.

L'éducation et la consultation

Les gestionnaires de l'hôpital devraient encourager et promouvoir des relations de travail étroites entre le personnel hospitalier et d'autres dispensateurs de services de santé mentale oeuvrant dans la collectivité

pour faire en sorte que les besoins des malades mentaux soient satisfaits. La prestation de services de consultation et d'éduation devrait se faire dans les deux sens. L'hôpital peut procurer aux étudiants une formation qui pourrait consister en un ou plusieurs stages pratiques par an ou en des colloques. Les hôpitaux qui offrent des programmes d'éducation peuvent avoir intérêt à s'adjoindre la collaboration des spécialistes de la collectivité pour faire des exposés sur des sujets tels que la planification du congé, les techniques d'entrevue et les programmes de lutte contre les toxicomanies dans la collectivité. Les hôpitaux peuvent également organiser des colloques, des "journées cliniques" ou faire appel à d'autres formules pour renseigner les omnipraticiens et d'autres praticiens oeuvrant dans la collectivité. Divers sujets peuvent alors être abordés, notamment: les conclusions de recherche récentes, les progrès récents sur le plan des techniques, et des conseils sur des problèmes précis tels que le dépistage des tendances suicidaires chez un patient.

4. L'ÉVALUATION

Une évaluation complète fournit la base de connaissances à partir de laquelle est élaboré le plan de traitement et de prise en charge du patient. L'évaluation est un processus qui ne se limite pas au simple diagnostic.

L'évaluation doit comprendre: un examen complet du fonctionnement biologique du patient, y compris une étude de ses antécédents médicaux et un bilan de santé physique[4], un examen du fonctionnement psychologique, notamment un bilan de santé mentale et un examen des antécédents psychiatriques qui met l'accent sur l'état de santé mentale et les fonctions cognitives et diverses enquêtes à caractère professionnel et social. Il y a lieu de faire une étude des antécédents sociaux du sujet et d'évaluer sa situation familiale, son réseau de soutien social et ses ressources actuelles, avec des renseignements à l'appui dans la mesure du possible. La capacité de fonctionnement sur les plans social et professionnel devrait au besoin être évaluée à l'aide de techniques uniformisées et porter sur des questions telles que la capacité de prendre soin de soi, les corvées ménagères et l'autonomie fonctionnelle.

La planification du congé est un processus qui débute à l'étape de l'évaluation et qui poursuit tout au long du traitement. Une connaissance approfondie des ressources et des services communautaires

---

4 Des techniques d'imagerie de plus en plus perfectionnées sont utilisées dans le cadre du diagnostic.

est essentielle à une bonne planification du congé ainsi qu'à la consultation et à la liaison tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur.

Idéalement, et surtout dans le cas des patients âgés, l'évaluation devrait débuter à la maison, car les visites à domicile offrent une occasion unique de recueillir des renseignements au sujet du malade. L'emplacement de la maison, les conditions de logement et les services accessibles, ainsi que le degré de soutien familial dont bénéfie le sujet, voilà autant d'éléments qui importent pour le plan de prise en charge et de traitement. L'évaluation faite dans le contexte d'un service de consultations externes est moins menaçante et bouleversante pour la vie du patient que ne l'est l'évaluation faite dans un service d'hospitalisation. Il est toutefois souvent nécessaire d'admettre les patients pour que toutes les opérations se déroulent dans les meilleures conditions et pour pouvoir bien observer le sujet. En effet, l'évaluation peut être la principale raison justifiant l'admission d'un patient à l'hôpital.

L'évaluation devrait être confiée à des spécialistes du domaine en question. Leurs observations devraient être regroupées en un seul rapport d'évaluation. Le plan thérapeutique, défini à partir des données de l'évaluation, doit tendre à la réalisation d'un objectif et tenir compte des soins à dispenser après le congé. L'évaluation doit être un processus continu et être alimentée par de nouvelles données destinées à étoffer les résultats de l'évaluation initiale et les conclusions relatives à la prise en charge.

5. LES PROGRAMMES ET THÉRAPIES OFFERTS À L'HÔPITAL

Les traitements psychiatriques et les psychothérapies évoluent constamment à la lumière des résultats de recherches réalisées en permanence et de la modification des modèles de pratique clinique. C'est pourquoi notre description des programmes et thérapies administrés en milieu hospitalier revêt nécessairement un caractère général et ne se prétend pas exhaustive. Le service psychiatrique implanté dans un hôpital général doit définir et délimiter, de concert avec d'autres dispensateurs de services dans la collectivité, l'étendue des modalités de traitement offertes par l'hôpital pour veiller à ce que la gamme complète de thérapies soit dispensée à l'intérieur du réseau régional de services de santé mentale.

Le service psychiatrique qui relève d'un hôpital général s'occupera généralement de personnes souffrant de multiples problèmes graves en même temps. Le choix des modalités du traitement dépendra d'une évaluation complète des besoins du patient et un plan thérapeutique

approprié nécessitera généralement l'exécution de différentes modalités de traitement de façon simultanée ou successive. Pour que la gamme complète de modalités de traitements soit disponible, il est nécessaire de pouvoir compter sur la collaboration de représentants de plusieurs disciplines, dont il sera question dans la Partie 6, ci-dessous.

Parmi les problèmes justifiant un traitement ou un service d'aiguillage, figurent:

- Les symptômes de troubles mentaux graves (par exemple une psychose ou une dépression grave) qui nécessitent des médicaments ou d'autres produits biologiques.

- D'autres problèmes médicaux concomitants, pour lesquels le sujet doit être adressé à un autre département ou service de l'hôpital ou de la collectivité.

- Des problèmes d'adaptation, nécessitant une psychothérapie individuelle, des services de counseling, d'éducation et de développement des compétences.

- Des problèmes sociaux et interpersonnels, nécessitant une thérapie de groupe ou une thérapie familiale.

- Des déficits fonctionnels ou une invalidité résiduelle nécessitant des services de réadaptation, un programme de recyclage, la participation à un programme communautaire, etc.

- L'absence de ressources et de soutien communautaires, nécessitant des services d'aiguillage et de liaison.

- D'autres symptômes précis, qui nécessitent le recours à des modalités de traitement précises (par exemple la thérapie comportementale).

6. LE PERSONNEL

La dotation en personnel et l'horaire de travail

Il est nécessaire d'avoir recours à un personnel pluridisciplinaire pour pouvoir offrir une gamme suffisamment étendue de services de traitement. La taille et la composition de l'équipe de santé mentale varieront mais celle-ci peut comprendre des psychiatres, des psychologues, des infirmières, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des professionnels oeuvrant dans la collectivité, par exemple les infirmières hygiénistes, si l'on veut veiller à la continuité

des soins. Chacun de ces professionnels devrait être parfaitement compétent en matière d'évaluation, de diagnostic, de soins directs aux patients et de traitement. Ils devraient être renseignés sur les ressources communautaires et pouvoir avoir accès au réseau de services sociaux de soutien.

Les programmes devraient être mis en oeuvre par chaque unité du service, selon les besoins des patients. C'est ce qui détermine le type de spécialistes qui doivent faire partie du personnel. Toute décision concernant la composition et la répartition des effectifs doit être prise par les directeurs de services cliniques des unités, de concert avec les responsables des diverses professions.

Les lignes directrices concernant les systèmes de mesure de la charge de travail peuvent s'avérer utiles au moment de la planification des programmes psychiatriques.

Bien que la responsabilité du service repose entre les mains du directeur de services cliniques, qui devrait être un psychiatre, aucun individu ou aucune profession ne devrait exercer de pouvoir absolu sur le fonctionnement des membres de l'équipe. Il doit y avoir des politiques clairement définies au sujet des liens entre tous les membres de l'équipe de santé mentale, leurs responsabilités et devoirs. Tout membre de l'équipe pluridisciplinaire peut remplir les fonctions d'administrateur, mais il devrait être choisi essentiellement pour ses capacités de gestionnaire. Chaque patient devrait se voir attribuer un thérapeute attitré qui ferait partie de l'équipe thérapeutique. Ce dernier devrait se charger de la coordination du plan de traitement pour le sujet.

Selon les capacités et la formation de la personne, tout membre de l'équipe thérapeutique peut être amené à s'occuper de l'évaluation du patient, de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de l'évaluation du programme; de la psychothérapie, de la thérapie de groupe, de la thérapie familiale et de la thérapie comportementale; de travaux de recherche; d'éducation en cours d'emploi; d'intervention d'urgence et de la prise en charge des cas.

Dans un milieu psychiatrique, les représentants de chaque discipline devraient posséder des connaissances spécialisées et de l'expérience sur le plan du travail clinique auprès des malades mentaux. Pour bien s'occuper des patients en détresse, ils devraient également avoir certaines qualités dont la stabilité personnelle la considération pour les patients et la capacité de bien communiquer. Les membres du personnel qui n'ont aucune expérience et aucune formation cliniques ne devraient pas se voir confier la responsabilité des soins aux patients, mais

devraient travailler sous la surveillance de praticiens chevronnés. Pour que la qualité des soins soit constante, il importe que chaque profession consacre du temps à l'administration; à la tenue de dossiers médicaux et au perfectionnement professionnel ainsi qu"aux services de soutien adéquats.

Les directeurs de services

Les directeurs de services devraient coordonner les services à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire, se charger de l'administration générale du service conformément à la philosophie et aux politiques de l'hôpital et s'occuper de l'évaluation du service sur les plans de l'efficacité et de l'efficience. Ils devraient posséder des compétences générales en matière d'évaluation et de consultation et au besoin, pourraient mener un certain nombre d'activités et assumer des responsabilités sur le plan clinique.

La formation du personnel et les qualifications requises

6.1 Le personnel médical

Le directeur des services cliniques

La direction et la surveillance d'un service psychiatrique implanté dans un hôpital général devraient incomber à un psychiatre dûment reconnu. Cette personne serait responsable de toutes les politiques et pratiques relatives aux traitements cliniques et de l'encadrement de tout le personnel médical qui s'occupe de près ou de loin de l'aspect clinique des services, y compris les médecins de pratique privée et selon les exigences locales, l'omnipraticien ou le médecin de famille qui s'occupent d'admissions, de soins ou de traitements. Dans la plupart des cas, le directeur des services cliniques devrait également assumer la direction administrative et posséder de la formation, de l'expérience et des compétences en gestion et en administration.

Le directeur devrait être secondé par d'autres membres du personnel médical, selon le nombre de patients. Le personnel devrait comprendre des psychiatres traitants et, si l'établissement est un hôpital d'enseignement, des internes et des résidents suffisamment bien encadrés. Dans la mesure du possible, l'établissement voudra que plusieurs psychiatres oeuvrent ensemble pour assurer un service. Le psychiatre devrait s'occuper également d'autres services connexes : consultations externes, hospitalisation partielle, urgences et consultation et liaison. Tel n'est pas toujours le cas (par exemple lorsque le personnel préposé aux services d'hospitalisation consacre tout son temps

à la recherche ou à l'enseignement.) Il existe peu de données indiquant quel est le ratio malades-personnel soignant qui convient à d'autres services, par exemple les consultations externes.

Les personnes qui exercent la psychiatrie devraient posséder des diplômes reconnus par le Collège Royal de médecins et de chirurgiens du Canada ou l'équivalent. Comme elles sont appelées à oeuvrer en étroite collaboration avec leurs collègues médecins et chirurgiens, elles devraient montrer de l'intérêt pour les techniques de consultation et de liaison et posséder une formation spéciale en la matière (voir page 72). Tout le personnel médical doit être inscrit auprès de l'organisme provincial chargé d'octroyer des permis d'exercice.

Autres médecins

Outre la participation aux activités énumérées ci-dessus et selon leur formation et leurs capacités, les médecins sont responsables de tout ce qui concerne le traitement médical à l'intérieur du service et doivent être en mesure de s'occuper de l'aspect médical des urgences psychiatriques. Chaque médecin qui fait partie du service devrait posséder la formation ou l'expérience voulue pour prodiguer des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux et devrait connaître les patients et les programmes qui font partie de l'unité.

6.2 Le personnel infirmier

Le personnel infirmier[5] devrait posséder les qualifications professionnelles qui répondent aux normes provinciales et être inscrites auprès de l'organisme provincial approprié (infirmière autorisée en psychiatrie et infirmière autorisée). Il est souhaitable que tout le personnel infirmier détenteur d'un diplôme possède une formation de niveau intermédiaire en psychiatrie. Les aides-infirmières ou les autres auxiliaires devraient également avoir une formation appropriée en psychiatrie.

Il est souhaitable que les infirmières qui occupent des postes de niveau supérieur aient une préparation poussée en sciences infirmières ou dans un domaine connexe. Les infirmières spécialisées en santé mentale communautaire devraient avoir à leur actif un cours de niveau

---

5 Par personnel infirmier, on entend notamment les infirmières autorisées et les infirmières autorisées en psychiatrie conformément à la législation provinciale appropriée.

intermédiaire qui met l'accent sur les aptitudes au counseling et les principes régissant l'établissement de réseaux dans la collectivité.

Toutes les infirmières devraient avoir des aptitudes reconnues sur les plans des techniques cliniques, de la gestion, de l'enseignement et de la consultation. Elles devraient avoir les connaissances théoriques et les capacités voulues pour exécuter toutes les fonctions liées aux soins infirmiers, y compris l'application des principes en soins infirmiers psychiatriques. Elles devraient aussi posséder les aptitudes sur les plans de la communication, des relations interpersonnelles, des interventions d'urgence et du leadership, et pouvoir fonctionner à l'intérieur d'une équipe pluridisciplinaire.

Les infirmières consacrent une grande part de leur temps à la prestation de services cliniques directs. Le reste du temps, à titre de membres d'une équipe pluridisciplinaire, elles devraient prendre part à l'évaluation du patient faite par l'équipe afin de planifier, d'administrer et d'évaluer des programmes de traitement individuels axés sur la formation professionnelle, l'apprentissage fonctionnel, l'orientation vers la réalité, les activités sociales et récréatives, le counseling individuel et de groupe, les besoins en santé physique, les médicaments et le congé.

Dans le cas des soins psychiatriques actifs, intensifs et de courte durée dispensés aux malades hospitalisés, le nombre d'heures de soins infirmiers devrait varier de 4 à 7,5 heures rémunérées par journée-malade. Cette donnée variera selon la composition de la clientèle, les niveaux d'observation requis et d'autres facteurs. On utilisera de plus en plus, dans la mesure du possible, des systèmes de mesure de la charge de travail pour déterminer les besoins en dotation.

6.3 La psychologie clinique

Les psychologues cliniciens devraient posséder un diplôme en psychologie clinique, décerné par une université reconnue et répondre aux normes provinciales fixées en matière d'inscription (dans la plupart des administrations, les exigences minimales sont le doctorat, une année d'internat en services cliniques avant l'obtention d'un doctorat et une expérience clinique supervisée après l'obtention du doctorat).

De plus en plus, les départements de psychologie des hôpitaux mettent leur expertise en consultation, en recherche et en traitement au service d'autres départements de l'établissement au lieu de s'occuper exclusivement de malades mentaux et de programmes psychiatriques. Grâce à la formation reçue, les psychologues cliniciens sont préparés à assumer divers rôles en matière de soins de santé, y compris le

diagnostic (l'évaluation des facultés cognitives, de la personnalité et du fonctionnement neuropsychologique), le traitement (la psychothérapie individuelle, la thérapie de groupe et la thérapie familiale, la gestion de la douleur, la bioréaction, l'intervention d'urgence), la conception de la recherche, l'analyse de données, la planification de programmes et les techniques d'évaluation.

Les psychologues doivent voir à ce que les tests psychologiques soient utilisés en conformité de toutes les normes professionnelles pertinentes; ce qui comprend la supervision des psychologues auxiliaires, l'entreposage en lieu sûr et le respect de la confidentialité des données fournies par les tests, l'interprétation valide des résultats et la communication exacte des conclusions aux patients.

En règle générale, il doit y avoir un psychologue clinicien oeuvrant à temps plein pour chaque équipe thérapeutique. Cette donnée variera selon le contexte. Par exemple, dans de petits établissements de soins ou des régions peu peuplées, plusieurs programmes peuvent se partager les services d'un psychologue consultant. Par contre, dans les grands hôpitaux d'enseignement, il peut être nécessaire de concourir à un grand nombre de psychologues qui consacrent une bonne part de leur temps à la recherche et à l'enseignement.

6.4 Le service social

Le personnel préposé au service social dans une unité psychiatrique devrait avoir la formation et les qualifications voulues pour jouer un rôle dans la prise en charge et le traitement des malades mentaux. Les qualifications exigées sont normalement une maîtrise en service social (ou l'équivalent) décernée par une université reconnue. Les travailleurs sociaux devraient également avoir une formation clinique précise, acquise soit au cours de leur formation, soit en clinique, après l'obtention de leur diplôme. Les travailleurs sociaux de niveau supérieur ou les experts-conseils en service social devraient avoir une maîtrise en service social. Dans certains cadres, les travailleurs sociaux qui ne possèdent pas de maîtrise en service social peuvent travailler auprès des malades hospitalisés sous la direction d'un travailleur social dûment qualifié.

Les travailleurs sociaux prennent part à l'évaluation pluridisciplinaire du patient au point d'accès dans le réseau, afin d'aider à déterminer si la situation familiale ou sociale est un facteur déclenchant de la maladie ou des symptômes et pour faciliter la prise de décisions concernant la prise en charge ou le traitement et le congé. Bien que les travailleurs sociaux participent pleinement à tous les stades des soins dispensés aux malades à titre de membres de l'équipe thérapeutique, ils ont

généralement pour responsabilité particulière d'assurer la liaison entre l'équipe et le milieu social du patient. Les aspects importants de ce rôle sont l'intervention d'urgence auprès du patient et de sa famille et la liaison avec les personnes qui comptent beaucoup dans la vie du patient, qu'il s'agisse des membres de la famille, des amis, des voisins ou des professionnels.

Les rapports de collaboration que le travailleur social entretient avec les membres de l'équipe et les organismes de la collectivité aident les patients à avoir accès aux ressources et services nécessaires, par exemple l'assistance sociale, le logement ou l'emploi.

Selon ses capacités personnelles et la formation reçue, le travailleur social peut également s'occuper de l'élaboration de programmes, de recherche, de stages pratiques et d'enseignement dans d'autres départements ou à l'extérieur de l'hôpital. Il peut aussi offrir de la thérapie individuelle, de la thérapie de couple, de la thérapie familiale et de la thérapie de groupe.

Il est difficile pour un hôpital de déterminer le nombre requis de travailleurs sociaux étant donné que ces derniers sont censés remplir des fonctions diverses. Cependant, selon le contexte géographique et démographique, l'éventail de services offerts, la taille de l'unité et les types de maladies traitées, chaque équipe thérapeutique devrait avoir à sa disposition au moins un travailleur social oeuvrant à temps plein.

6.5 L'ergothérapie

Les ergothérapeutes devraient détenir un diplôme d'un établissement de formation reconnu, ou l'équivalent, et être admissibles à l'obtention d'un certificat national. Ils doivent également répondre aux normes provinciales. Ils devraient posséder de l'expérience en services psychiatriques, acquise soit au cours de la formation, soit en clinique après l'obtention de leur diplôme.

L'exercice de l'ergothérapie comprend la prestation de services de consultation et d'évaluation visant à mesurer les capacités physiques, mentales, sociales ou fonctionnelles du patient, mais ne se limite pas à ces fonctions. Un programme planifié d'ergothérapie devrait faire appel à des activités fonctionnelles pour aider le sujet à conserver et à améliorer sa capacité de prendre soin de lui-même, ses aptitudes à mener des activités professionnelles et récréatives ainsi que pour mettre en valeur ses capacités latentes.

Les ergothérapeutes prennent également part à l'ensemble du processus de diagnostic et d'évaluation ainsi qu'à l'élaboration de programmes d'activité individuels ou de groupe pour les malades mentaux, selon les besoins fonctionnels de ces derniers. Dans bien des cas, ces programmes portent sur les activités de la vie quotidienne et les soins personnels; les activités non verbales, projectives et créatrices et les activités visant à faciliter la mise en valeur et l'utilisation des aptitudes professionnelles, récréatives, interpersonnelles et sociales et des aptitudes à la communication.

Les ergothérapeutes font souvent une évaluation du domicile du patient ou de sa situation professionnelle avant sa mise en congé de l'hôpital, lorsque son fonctionnement est précaire, de sorte qu'ils jouent un rôle vital lorsqu'il s'agit de préparer les patients à se réintégrer à la collectivité.

6.6 Autres

Le personnel préposé à la réadaptation peut comprendre des ludothérapeutes, des travailleurs communautaires et des spécialistes de thérapies telles que les thérapies par l'art, la musique ou la danse. Les préposés à la réadaptation devraient posséder les qualifications voulues pour faire partie de leurs associations professionnelles respectives, lorsque celles-ci existent, et posséder une formation et une expérience pertinentes. Il devrait y avoir des préposés aux services de pastorale. Des bénevoles dûment formés peuvent être mis à contribution pour accroître les effectifs et enrichir les programmes et les services. Le patient devrait pouvoir bénéficier de services d'aide juridique et de "services de l'ombudsman",[6] selon les exigences des lois provinciales.

6.7 L'orientation et la formation continue

Les personnes oeuvrant dans ce domaine ne devraient pas se contenter d'une formation de base. En effet, tous les membres de l'équipe thérapeutique devraient continuellement mettre à jour leurs compétences en prenant part à des conférences, des colloques et des cours de formation supérieure. Ils devraient bénéficier d'un programme d'enseignement en cours d'emploi, qui relèverait de préférence de la responsabilité d'une personne désignée qui s'occuperait de structurer les cours et de recruter des personnes possédant l'expertise voulue dans chaque discipline. Le personnel devrait avoir facilement accès à la documentation et aux services de bibliothèque.

---

6 Voir également D.3 "Les droits du malade".

Si les ressources le permettent, il y a lieu d'inciter le personnel à prendre part à des activités de recherche et de formation offertes par d'autres centres, universités, hôpitaux d'enseignement et par l'établissement pour lequel il travaille.

6.8 L'enseignement

Un programme structuré de ce genre devrait prendre en charge la formation des étudiants, qui seraient encadrés par un membre du personnel spécialisé dans la discipline appropriée.

6.9 La recherche et l'évaluation

Tous les membres de l'équipe thérapeutique devraient être disposés, sinon à entreprendre des projets de recherche, du moins à prêter leur concours à d'autres chercheurs. La collecte de données longitudinales appropriées des diverses composantes du service psychiatrique facilitera l'évaluation du programme, permettra de déterminer l'efficacité et l'efficience des modalités de traitement individuelles ainsi que les effets positifs ou négatifs qu'un traitement peut avoir sur d'autres. Ce genre de renseignements sont très précieux pour la planification des programmes thérapeutiques.

C. LES SERVICES HOSPITALIERS

1. LES SERVICES PSYCHIATRIQUES D'URGENCE

Dans la plupart des collectivités, les services d'urgence[7] des hôpitaux généraux constituent d'importants points d'accès au réseau de soins réservés aux malades mentaux. Traditionnellement, les services d'urgence sont offerts 24 heures sur 24 et fonctionnent à des moments où l'on n'a souvent pas accès aux services soit après les heures normales de travail ou les jours fériés, ou encore lorsque d'autres services sont débordés. En période de restrictions, le mode de prestation de soins, surtout en psychiatrie, devient de plus en plus axé sur les urgences.

Le degré de perfectionnement des services psychiatriques d'urgence variera selon le type de collectivité et les ressources disponibles. Il reste que ces services ont pour objet de fournir des conseils sur l'évaluation et la prise en charge des troubles mentaux et des troubles de comportement graves.

Au nombre des services offerts dans le cadre d'un programme efficace, figurent :

- l'évaluation complète de l'état de santé physique et mentale et du fonctionnement social des patients, notamment du danger qu'ils représentent

- les soins d'urgence et l'amorce d'un traitement chronique

- l'appui accordé à d'autres ressources offertes dans l'établissement et dans la collectivité.

Les unités d'urgence qui offrent ce genre de services jouent souvent un rôle capital. En effet, lorsqu'ils ont la capacité voulue pour garder les patients pour de courts séjours, soit de 1 à 5 jours, ils permettent d'éviter des hospitalisations plus longues. La remarque est particulièrement vraie lorsqu'il est ensuite possible d'adresser les patients à un service de traitement spécialisé dispensé à l'hôpital ou dans la collectivité.

L'évaluation faite dans un service d'urgence devrait porter en grande partie sur les possibilités d'adaptation du patient et les ressources offertes sur ce plan dans la collectivité[8].

---

7 Guide, Unités d'urgence dans les hôpitaux

8 Voir la partie B.4 "L'évaluation".

1.1 La clientèle

Un nombre croissant de malades mentaux aux prises avec divers problèmes physiques, psychologiques, sociaux et économiques se tournent vers l'hôpital général. Certains ont besoin d'une intervention médicale ou chirurgicale ou psychiatrique immédiate; d'autres peuvent être réorientés vers divers services qui n'interviennent pas sur-le-champ.

Parmi les cas courants, on compte : les problèmes physiques tels que les lésions consécutives à des tentatives de suicide; les intoxications et les réactions médicamenteuses; les problèmes neurologiques que l'on peut confondre avec les troubles du comportement ou les troubles mentaux et d'autres problèmes physiques non soupçonnés qui aggravent un état psychiatrique de longue date.

Il y a également des urgences psychiatriques non rattachées à un problème physique, notamment les tendances suicidaires et les autres comportements dangereux, les épisodes de psychose aiguë, des exacerbations de psychoses chroniques, attribuables soit au non-respect des ordonnances soit aux pressions liées à une situation donnée, à la toxicomanie ou à une situation critique.

Bon nombre de ces patients peuvent déranger et ne pas s'attirer la sympathie des gens. C'est pourquoi ils risquent de ne pas recevoir l'attention voulue.

1.2 Le répartition des programmes et les rapports entre les services

La planification complète

Toutes les collectivités peuvent avoir un service qui fonctionne 24 heures sur 24, qui puisse prendre en charge les cas psychiatriques urgents. Les autorités régionales doivent prévoir un mécanisme permettant de répondre aux urgences psychiatriques et définir clairement les rôles et responsabilitiés des services communautaires. Les services d'urgence devraient favoriser l'établissement de liens étroits avec d'autres ressources de l'établissement et de la collectivité.

Il y aura bien entendu des écarts considérables entre les niveaux des services d'urgence offerts. Les hôpitaux généraux n'ont pas tous un département de psychiatrie. Ceux qui en ont un estiment avoir un rôle "complémentaire" à jouer autrement dit, ils estiment devoir seconder l'établissement psychiatrique de la région, ne pas devoir s'occuper des cas plus graves, des cas chroniques ou des patients qui passent à l'acte, et ne pas avoir un bassin de population bien délimité pour les malades mentaux. D'autres hôpitaux généraux qui ont un département de

psychiatrie considèrent qu'ils auront un rôle "névralgique" à jouer, dans une collectivité ou un bassin de population bien défini et s'attendent à s'occuper de la majorité des problèmes mentaux qui se présentent dans cette collectivité; ils estiment devoir ouvrir des services de prolongement dans la collectivité et s'occuper de la majorité des urgences qui s'y présentent[9].

Toutefois, peu importe le rôle et les attentes d'un service d'urgence, les autorités régionales doivent prévoir un mécanisme collectif pour la prise en charge des urgences psychiatriques et doivent définir clairement les rôles et responsabilités de l'hôpital et ses liens avec les services en place dans la collectivité. Il y a lieu de reconnaître les niveaux des services psychiatriques d'urgence entre les hôpitaux d'une région donnée et de prévoir un continuum de services d'urgence dans le contexte de la planification des ressources régionales.

Il n'est ni prévu ni souhaitable que toutes les personnes ayant besoin de soins psychiatriques d'urgence reçoivent un traitement dans un service d'urgence d'un hôpital. Dans les grands centres urbains, surtout, les mécanismes prévus pour la prise en charge des urgences devraient être mis sur pied dans la collectivité de façon à pouvoir intervenir le plus rapidement possible et faire face à la situation si possible sans faire appel à l'hôpital. Dans certaines collectivités, ces services peuvent s'inscrire en prolongement des services hospitaliers et être assurés par une équipe affectée aux interventions d'urgence. Ou encore, une telle équipe peut naître de la collectivité proprement dite. Ces formules devraient permettre de réagir rapidement aux situations d'urgence qui se présentent dans la collectivité. Les Greater Vancouver Mental Health Services (voir Annexe III) nous offrent un modèle de réseau complet de services.

Qu'elle s'inscrive dans le cadre d'un programme d'action communautaire ou d'un programme produit par la collectivité proprement dite, la prise en charge d'un cas psychiatrique urgent n'aura que peu d'intérêt s'il n'existe pas de services de soutien spéciaux, par exemple les placements d'urgence en foyer d'accueil et un service de suivi sérieux.

Peu importe le réseau, toutes les personnes qui s'occupent de prestation de soins psychiatriques d'urgence, y compris les services d'ambulanciers et les organismes chargés de faire respecter la loi, doivent être parfaitement au courant des services offerts dans les hôpitaux et dans la collectivité.

---

9 Voir la partie B.3 "La planification : considérations régionales et locales.

La réponse aux urgences psychiatriques

Tous les hôpitaux généraux doivent être en mesure de répondre dans une certaine mesure aux urgences psychiatriques 24 heures sur 24. La capacité de prendre en charge ce type d'urgences variera d'un établissement à l'autre. Dans certains cas il peut s'agir d'un membre de l'équipe parfaitement familiarisé avec les services communautaires, qui soit capable de réorienter le cas vers une autre source. Ou encore, il peut s'agir d'un service complet et spécialisé d'urgence psychiatrique qui comprend une unité d'évaluation psychiatrique qui puisse offrir un traitement et d'autres évaluations pendant plusieurs jours.

La capacité de répondre aux urgences à l'hôpital dépendra dans une large mesure des services psychiatriques dispensés dans cet établissement.
Il existe trois types d'hôpitaux généraux qui assurent des soins psychiatriques, chacun ayant un rôle différent.

a) Les hôpitaux généraux sans lits réservés aux soins psychiatriques. Ces derniers peuvent offrir une première évaluation faite par un omnipraticien ou un psychiatre et des soins à l'unité d'urgence. Ce genre d'établissements peuvent au moins fournir des informations complètes en réponse à des demandes de renseignements et devraient pouvoir, dans une situation d'urgence, hospitaliser un patient.

b) Les hôpitaux avec des lits réservés aux soins psychiatriques. Ces établissements offrent soit des services directs soit des services de consultation à l'unité d'urgence d'un hôpital. Ils ont pour rôle de fournir un service spécialisé d'évaluation et d'intervention dans une vaste gamme de maladies mentales aiguës et d'établir des rapports étroits avec les ressources communautaires.

c) Les hôpitaux généraux dotés d'unités psychiatriques rattachées à un département de psychiatrie d'une université. Ces hôpitaux d'enseignement universitaire ont pour rôle de fournir un service hautement spécialisé d'évaluation et de traitement psychiatriques dans un certain nombre de domaines spécialisés, notamment un service spécialisé d'urgence psychiatrique. Il est probable que dans de tels établissements, situés dans les grands centres urbains, les unités d'évaluation psychiatrique d'urgence soient associées aux services d'urgence et que ces unités disposent de leurs propres locaux et personnel.

1.3 Le programme et les politiques*

Les services médicaux

Étant donné la complexité de bon nombre de cas psychiatriques adressés aux services d'urgence, et la forte proportion de troubles physiques qui s'y rattachent, il est essentiel que l'équipe psychiatrique puisse avoir accès à un vaste éventail de services médicaux. Elle doit entretenir des rapports étroits avec d'autres unités de l'hôpital.

Pour faciliter ce genre de rapports, il est important que les membres de l'équipe psychiatrique soient aussi disponibles pour l'unité d'urgence et pour les cas urgents qui doivent être pris en charge dans d'autres parties de l'hôpital que ne le sont leurs collègues oeuvrant dans d'autres disciplines. Cette remarque est d'autant plus vraie si le personnel préposé aux interventions d'urgence à l'unité d'urgence psychiatrique est de garde pour toute situation de crise qui pourrait se produire dans une autre partie de l'hôpital.

La direction médicale

La direction médicale et la supervision des services psychiatriques d'urgence devraient incomber à un psychiatre. Faute de psychiatre, c'est le médecin responsable des services d'urgence qui devrait être chargé de la supervision directe des services psychiatriques d'urgence et un médecin responsable, de préférence un psychiatre, devrait offrir des services de consultation par téléphone et se trouver toujours à une distance raisonnable de l'établissement.

Les politiques et les procédures

Les objectifs des services d'urgence devraient être indiqués par écrit et comprendre des descriptions des types de services dispensés. Il y a lieu d'établir des politiques précises concernant l'observation, l'hospitalisation et la prise en charge des patients, en conformité de la législation provinciale. Étant donné le caractère urgent des services, il importe d'établir des protocoles pour la prise en charge des malades violents ou agités[10].

* Voir également l'Annexe V.

10 Voir la partie D.2 "Le malade potentiellement agressif".

Les politiques doivent définir clairement les responsabilités de tous les membres du personnel qui s'occupent d'urgences psychiatriques. Lorsque les services psychiatriques sont intégrés aux services d'urgences générales de l'hôpital et lorsque l'équipe psychiatrique n'est "de garde" que pendant certaines heures de la journée, le personnel préposé aux urgences générales doit avoir des instructions précises concernant les admissions, le rappel et l'orientation vers une autre source.

La planification du congé

Dans le cadre des rapports entre l'hôpital et d'autres ressources communautaires, il est important que le personnel préposé aux urgences psychiatriques connaisse parfaitement les autres ressources communautaires et oeuvre en étroite collaboration avec elles. Dans le mesure du possible, les personnes ressources de la collectivité, qui doivent être mises à contribution après la sortie de l'établissement, devraient rencontrer le patient à l'hôpital et participer à la planification du congé. Ce genre de mesure contribue pour beaucoup à s'assurer la collaboration du patient.

Les médecins de famille et les psychiatres ou d'autres professionnels de la santé mentale pensent assurer le suivi. Le logement et l'aide financière sont des éléments essentiels de la planification de congé et doivent être pris en considération avant la réintégration du patient dans la collectivité.

1.4 Les unités d'évaluation psychiatrique

Le départ des patients de l'unité d'urgences pose souvent un problème. En effet, il est possible que ces derniers ne soient pas prêts, dans l'immédiat, à quitter l'établissement, et pourtant on pourrait peut-être éviter de les admettre dans un service d'hospitalisation si on pouvait les observer pendant une période un peu plus longue qu'il n'est généralement possible à l'unité d'urgences.

Certains hôpitaux réservent à cette fin une salle ou unité, tant pour les malades mentaux que pour les personnes souffrant de troubles physiques. Cette formule convient aux patients qui ont de petits problèmes orthopédiques ou des commotions cérébrales qui doivent être surveillées, ou qui se remettent d'une tentative de suicide. Elle convient également à de brèves interventions d'urgence auprès du malade mental. Il reste que certains malades ont besoin de jouir d'une plus grande intimité et d'être traités avec plus de précaution que ne le permet ce type d'unité: (voir la partie 1.6).

Dans certains établissements, des unités spécialisées d'évaluation psychiatrique viennent s'ajouter aux services d'urgence, de consultation externe et d'hospitalisation. Ces unités devraient offrir les services suivants, généralement pendant une période variant de deux à cinq jours.

1) Une évaluation plus détaillée des besoins du patient.

2) Une planification plus complexe du congé.

3) Une collaboration étroite avec d'autres ressources communautaires en cas d'urgence.

4) L'amorce du traitement.

5) La prise en charge du patient jusqu'à son placement en établissement ou jusqu'à l'obtention des ressources communautaires nécessaires pour le suivi.

Tous les hôpitaux qui dispensent des services psychiatriques complets devraient disposer d'unités d'évaluation psychiatrique. Il faut prévoir que 50 p. 100 des patients traités dans de telles unités seront réintégrés dans la collectivité au bout de deux à cinq jours et que même ceux qui ont besoin d'être transférés à un service d'hospitalisation auront été suffisamment bien évalués pour être orientés vers le service le plus approprié.

1.5 Le personnel

Idéalement, une équipe de cliniciens chevronnés devrait être mis à la disposition de services d'urgences. Quoi qu'il en soit, tout le personnel qui doit s'occuper d'urgences devrait avoir reçu une formation voulue en approches cliniques et dans les méthodes permetant de maîtriser les patients qui sont perturbés et qui passent à l'acte. Il peut s'agir entre autres de techniques verbales, d'administration de sédatifs à action rapide, de mesures de contention et d'évaluation du danger que représente le patient[11].

Les politiques et protocoles régissant ces approches et méthodes doivent être particulièrement claires et bien documentées et doivent tenir compte des considérations médicales et juridiques (y compris du concept des droits civiques).

---

11 Voir également la partie D.2 : "Le malade potentiellement agressif".

Le personnel infirmier

Au moins une infirmière autorisée possédant de l'expérience en psychiatrie doit être présente en tout temps pour assurer le traitement des cas urgents graves. Il y aurait lieu de songer à confier un rôle plus étendu à l'infirmière chevronnée travaillant dans un service d'urgences; en effet, cette dernière peut jouer un rôle important dans les évaluations, le tri et l'intervention d'urgence[12].

Le service social

Il est très important qu'une unité d'urgences ait à sa disposition un travailleur social. Ce dernier a entre autres pour fonctions de préparer une évaluation psychosociale, notamment en aidant à déterminer les facteurs de déclenchement qui expliquent que le patient a eu recours au service d'urgences, en interrogeant les membres de sa famille et en aidant l'équipe à recueillir rapidement les données pertinentes. Il doit également intervenir dans des cas urgents, entrer en contact avec les personnes qui comptent dans la vie du patient, et faciliter l'orientation vers les sources d'aide appropriées dans la collectivité. Il doit assurer un lien entre le service d'urgences et la collectivité et connaître parfaitement les ressources offertes par celle-ci. Un travailleur social devrait être de garde pendant la soirée ou de préférence 24 heures sur 24.

Autres

Les aptitudes et l'expérience d'autres personnes sont souvent nécessaires et devraient être disponibles directement ou par voie de consultation. Parmi ces personnes, figurent les psychologues, les travailleurs communautaires, les spécialistes des soins à l'enfance et les bénévoles expérimentés dans certaines situations de crise.

---

12 Voir également la partie D.3 : "Les droits du malade".

1.6 Le répartition et l'utilisation de l'espace et les caractéristiques spéciales du plan d'aménagement

La plupart des cas psychiatriques urgents accéderont au système par l'unité d'urgences générales de l'hôpital[13]. Il est important de prévoir une aire d'attente adéquate surtout dans un service d'urgences psychiatriques étant donné la nature des troubles, la possibilité d'un comportement perturbé et agressif et la présence possible de patients en état d'intoxication. Il est important que les patients aient l'espace voulu pour s'isoler des autres. Les grands établissements devraient prévoir une aire d'attente distincte pour les cas psychiatriques, à l'écart de la zone d'activité principale. En outre, il importe d'exercer une surveillance étroite sur l'activité qui se déroule et de voir à ce qu'un personnel dûment formé soit prêt à intervenir au besoin. Tous les locaux doivent disposer d'appareils et du personnel voulus pour assurer la sécurité des patients et du personnel.

Il doit avoir dans tous les services d'urgences une salle spécialement aménagée[14] pour la prise en charge des patients souffrant de troubles plus graves, qui passent à l'acte. Cette salle doit être munie d'un système individuel d'observation visuelle et d'appareils permettant une évaluation sérieuse du patient et, si nécessaire, l'administration de sédatifs à action rapide. Cette salle devrait être à l'écart de la salle d'attente générale; elle devrait être réservée aux fins auxquelles elle est destinée et n'être utilisée que pour des situations d'urgence.

Étant donné la nature de l'examen psychiatrique, il faut prévoir, pour les entrevues, des salles suffisamment vastes pour permettre la réalisation d'entrevues familiales tout en préservant l'intimité. Ces salles doivent être dotées d'un système d'appel d'urgence.

1.7 L'enseignement et la recherche

Le service d'urgences, et surtout le service d'urgences spécialisées, offre de grandes possibilités sur les plans de l'enseignement et de la recherche. S'il est vrai que bien des aspects des soins psychiatriques peuvent être enseignés ailleurs, ceux qui ont trait à des cas

---

13 Guide, Unités d'urgence dans les hôpitaux, Rapport du groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1981.

14 Une salle où les risques de se blesser ou de blesser les autres sont le moins élevés.

psychiatriques urgents peuvent souvent être mieux enseignés au service d'urgences. Parmi les matières qui peuvent être enseignées, figurent les techniques de collecte rapide de données, les techniques verbales et non verbales utilisées pour la prise en charge du malade qui passe à l'acte, l'évaluation du comportement suicidaire et hostile et du comportement dangereux, les responsabilités médicales et juridiques, la façon de procéder pour se renseigner sur les ressources communautaires et pour établir des contacts avec elles.

1.8 Les soins psychiatriques d'urgence : considérations spéciales

Le malade âgé

Les situations d'urgence qui touchent la population âgée se produisent aussi bien à l'hôpital que dans la collectivité. Certaines caractéristiques qui différencient les malades âgés des autres groupes de patients ont des répercussions sur la prestation de services. Plus particulièrement, les malades âgés hésitent souvent à reconnaître le nécessité d'une intervention psychiatrique et ne sont pas disposés à faire preuve d'un esprit de collaboration. C'est pourquoi un nombre exagérément élevé d'entre eux arrivent au service d'urgences d'un hôpital général en état de crise, en présentant des symptômes cliniques divers et peuvent avoir besoin de consulter un ou plusieurs spécialistes tels que des gérontologues ou des spécialistes de la géronto-psychiatrie.

Si dans la majorité des cas urgents les patients souffrent d'une maladie fonctionnelle ou d'un syndrome chronique lié à une atteinte cérébrale organique, dans environ 25 p. 100 de ces cas, c'est un problème physique qui explique ou accentue les symptômes psychiatriques et c'est pourquoi il est essentiel d'avoir un bilan physique détaillé dans le cas du malade mental âgé.

Les patients atteints d'un trouble cognitif vivent souvent une situation de crise après avoir perdu le soutien qu'ils recevaient de leur milieu et qui était indispensable à leur fonctionnement. L'intervention dans la collectivité peut compenser la perte d'un tel soutien et éviter une hospitalisation.

Les cas relevant de la psychiatrie légale

C'est souvent un hasard si le malade mental qui a des démêlés avec la justice est conduit au service d'urgences d'un hôpital plutôt qu'à la prison. Quoi qu'il en soit, il arrive que les cas qui relèvent de la justice criminelle soient confiés au réseau de soins de santé mentale. Si les malades sont amenés directement au service psychiatrique d'urgence ils seront pris en charge par le mécanisme en place. Par contre, s'ils

sont conduits d'abord à l'établissement pénitentiaire, les autorités peuvent quand même décider de l'extraire de ce milieu pour le confier au réseau de soins de santé mentale. Ce genre de transfert présente généralement un caractère d'extrême urgence et il y a lieu de mettre en place les mécanismes voulus pour effectuer une évaluation urgente et dispenser des services de traitement.

Dans les grands centres urbains, il faudrait assurer un service d'évaluation 24 heures sur 24 par le biais des services de psychiatrie légale. Dans la région où les ressources sont plus limitées, les autorités policières devraient établir un système de garde pour les médecins de la région.

Les cas transférés d'un établissement pénitentiaire posent souvent un grand problème, pourtant il existe généralement peu de différences entre ce genre de patients et d'autres malades mentaux qui se présentent au service d'urgences. Les démarches supplémentaires et la lenteur du mécanisme de transfert ont souvent pour effet de déclencher ou d'accentuer les comportements violents et nerveux qui nécessitent ensuite des soins d'urgence. Il existe divers modèles pour le transfert de ce genre de patients et en principe ces derniers devraient avoir accès à tous les services psychiatriques offerts dans la région au même titre que les malades qui passent par tout autre point d'accès. Toutefois, comme ces malades sont habituellement peu populaires et qu'ils sont souvent difficiles à prendre en charge, il importe, pour instaurer la confiance à l'intérieur du service, de confier aux praticiens les plus chevronnés le soin d'effectuer les évaluations et les placements nécessaires en établissement.

Les toxicomanies

Il n'est point nécessaire de rappeler ici les problèmes de santé rattachés à l'utilisation abusive de produits tels que l'alcool, les médicaments d'ordonnance et les drogues illicites ainsi que le tabac. Toutefois, les hôpitaux généraux doivent constamment s'efforcer de veiller à ce qu'il y ait un haut niveau de sensibilisation au problème[15].

Les problèmes de toxicomanie se manifestent de multiples façon, par exemple :

---

15 Voir également "Services de toxicomanie dans les hôpitaux", Rapport du Sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1984.

1. Ils peuvent être accompagnés de troubles mentaux. Dans ce cas, les patients présenteront les deux types de problèmes à l'unité d'urgences de n'importe quel service d'hospitalisation où sont traités des syndromes courants tels que le délirium tremens et les encéphalopathies. Les manifestations extérieures peuvent être aisément confondues avec presque n'importe quel type de trouble mental, par exemple la schizophrénie.

2. Ils peuvent se doubler de troubles physiques. Les blessures accidentelles, les maladies gastro-intestinales et les maladies du foie devraient retenir l'attention. Trop souvent, les dossiers indiquent que l'on ne pose que des questions superficielles au sujet de la toxicomanie. Il y aurait lieu de promouvoir l'utilisation courante de questionnaires simples.

3. Les demandes d'intervention venant des intéressés mêmes. Souvent, les patients et les familles s'adresseront spontanément à n'importe quel département de l'hôpital pour obtenir des renseignements et, dans bien des cas, au beau milieu de quelque autre crise. L'occasion de mettre le patient en contact avec d'autres organismes d'aide peut être ratée si le personnel n'est pas renseigné sur la question et ne transmet pas l'information voulue.

Les hôpitaux devraient veiller à ce que leur personnel soit hautement renseigné, adopter des questionnaires permettant de détecter des cas qui seraient autrement insoupçonnés, et établir des rapports solides entre l'hôpital et les ressources offertes dans la collectivité, par exemple les Alcooliques Anonymes, les centres de désintoxication et d'autres programmes. Dans la mesure du possible, lorsqu'on adresse un cas à une source extérieure, on doit veiller à ce que le patient reçoive rapidement la visite des intervenants (par exemple les Alcooliques Anonymes) ou l'on doit s'assurer que le personnel hospitalier l'accompagne jusqu'à la source d'aide.

2. LES SERVICES D'HOSPITALISATION

La nécessité d'offrir des services d'hospitalisation existera toujours. En effet, il peut être nécessaire d'admettre le patient pour lui offrir les services d'observation, d'évaluation et de traitement pour lesquels le cadre hospitalier convient le mieux. Étant donné la diversité des services de consultation disponibles et les possibilités d'offrir une observation intensive, le service d'hospitalisation peut également servir de ressource à d'autres parties du service psychiatrique en effectuant une évaluation complète du patient avant de l'adresser ailleurs[16].

---

16 Voir B.4 "L'évaluation".

Lorsqu'il s'agit de soins dispensés en établissement, il s'agit toujours de tenir compte des autres ressources offertes par l'hôpital, dont a besoin la personne souffrant de troubles mentaux. S'il est vrai que l'accent est mis sur la prévention dans la littérature récente et dans ces lignes directrices et sur les solutions de rechange au placement des malades mentaux en établissement, il ne faudrait pas pour autant en conclure que l'hospitalisation devrait être évitée à tout prix. Par contre, lorsque l'admission est inévitable, il y a lieu de suivre un plan complet établi pour le patient. Celui-ci doit comprendre la planification du congé et ainsi qu'une liste des ressources communautaires qui dispenseront les soins après la mise en congé. Les hospitalisations qui ne se font pas dans cette optique se traduisent souvent par des séjours prolongés, une détérioration de l'état fonctionnel et une dépendance à l'égard de l'établissement. Les décisions relatives à l'admission et au congé sont conditionnées autant par les ressources disponibles que par l'état du patient. Elles dépendent en partie des services offerts par l'hôpital, par exemple les services de consultation externe et les soins de jour, mais plus encore du soutien reçu de la famille et des services offerts dans la collectivité, notamment dans les centres de santé mentale, les groupes d'activité et les familles d'accueil, les établissements qui assurent des soins prolongés et d'autres ressources.

Certaines personnes, peu importe la qualité des ressources offertes dans la collectivité, traverseront ça et là des épisodes aigus nécessitant une hospitalisation. Dans de tels cas, le personnel traitant devra généralement composer avec un ensemble de symptômes aigus et des incapacités résiduelles qui expliquent que les intéressés devront bénéficier d'un appui continu dans la collectivité. Les chances d'éviter une hospitalisation dépendent de la qualité des ressources offertes dans la collectivité et de la continuité des soins assurés par le même personnel.

Bien que ce soit souhaitable d'un point de vue clinique, il n'est pas toujours possible de s'attendre à ce que ce soit les mêmes membres du personnel qui puissent assurer la continuité des soins dans tous les services. Toutefois, la continuité doit être assurée car c'est la personne qui sert de principale source de soutien au malade dans la collectivité qui fournit des renseignements de première main au moment de l'admission, qui encourage l'intéressé par des contacts réguliers durant son séjour à l'hôpital et qui participe activement à la planification de son congé.

Lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, la durée du séjour peut être raccourcie lorsqu'il existe des ressources telles que les placements en milieu résidentiel dans la collectivité, des équipes de soins communautaires ou des services de soutien à la famille. L'hospitalisation

ne doit pas être perçue comme une initiative isolée mais plutôt comme une mesure qui s'inscrit dans la continuité des soins dispensés aux patients.

La planification du continuum de soins, y compris du congé, devrait donc débuter au moment de l'admission et le personnel qui sera chargé d'assurer des soins après le congé devrait y participer activement.

Il n'est plus acceptable que les patients qui font partie de certaines catégories diagnostiques soient automatiquement transférés aux hôpitaux psychiatriques. Peu importe l'étiologie ou le diagnostic, les patients souffrant de troubles mentaux qui peuvent tirer profit des soins dispensés dans un hôpital général devraient être admis dans un tel établissement.

Les hôpitaux généraux devraient être disposés à admettre des personnes atteintes de troubles mentaux même s'ils ne comptent aucun psychiatre parmi leurs effectifs. Dans un tel cas, ils doivent nouer des contacts avec un service psychiatrique pour que le patient ait accès aux services d'un spécialiste.

Les omnipraticiens qui orientent un cas vers le réseau de soins psychiatriques s'adressent le plus souvent à l'hôpital général. Dans la plupart des régions du pays, les omnipraticiens assurent la majeure partie des soins ambulatoires réservés aux personnes souffrant d'un problème psychiatrique, et dont une infime proportion auront besoin d'être hospitalisées. Dans certaines unités psychiatriques, c'est l'omnipraticien qui tient lieu de principal dispensateur de soins. Dans ce cas, les programmes thérapeutiques et les décisions relatives au congé doivent généralement être approuvés par un psychiatre.

2.1 La clientèle

Le nombre de malades mentaux pris en charge par les hôpitaux généraux a crû depuis quelques années[17]. Dans certains centres, une forte proportion de ceux qui se présentent avec une attestation de maladie mentale souffrent d'un trouble psychotique grave, la plupart du temps de la schizophrénie, auquel se greffent souvent d'autres problèmes : isolement social et absence de ressources et de soutien dans la collectivité.

---

17 Voir B.2 : "La clientèle".

Comme l'unité d'hospitalisation fait partie d'un hôpital général, il importe que le personnel affecté à l'unité mette ses compétences à la disposition d'autres services de l'hôpital pour faciliter les programmes de prévention, d'évaluation et de traitement. Les patients ayant besoin d'une intervention psychiatrique peuvent être placés ailleurs à l'hôpital, par exemple à l'unité de soins chirurgicaux ou de soins intensifs à la suite d'une tentative de suicide, ou peuvent avoir un problème médical qui a des répercussions sur le plan psychiatrique, comme c'est le cas pour certaines victimes du SIDA.

Dans l'hôpital psychiatrique traditionnel, la taille de la clientèle est telle qu'il est possible d'établir divers groupes de patients selon le niveau fonctionnel ou la catégorie diagnostique pour certains programmes thérapeutiques, ce qui permet d'assurer au patient un niveau de service qui convient. Dans un hôpital général, la taille de la clientèle ne permet pas toujours ce type de classement. Autrement dit, il est possible qu'un petit groupe de patients ait besoin d'une vaste gamme de services, et à des niveaux très différents. Ce facteur doit être pris en considération dans l'établissement de programmes et la dotation en personnel, et une telle hétérogénéité des besoins suppose que le personnel a des défis beaucoup plus grands à relever.

2.2 L'organisation et la distribution des services

Il importe que la planification des services s'inscrive dans le cadre d'un plan d'ensemble qui s'applique à la collectivité ou à la région[18]. C'est là une condition essentielle si l'on veut offrir tout l'éventail de services nécessaires et si l'on veut éviter le double emploi sur le plan de la prestation des services[19].

---

18 Voir B.3 : "Planification régionale et locale".

19 Souvent la mise sur pied d'un service spécialisé est rattachée à un facteur tel que l'existence d'un fonds de recherche dans une région où une question revêt beaucoup d'importance pour l'intérêt public, par exemple les dérèglements de l'alimentation. Bien qu'il soit important d'examiner et de traiter ce genre de troubles, il faut s'efforcer d'éviter de dispenser des services déjà offerts dans d'autres unités ou centres et de ne pas dilapider les ressources qui pourraient servir à la prestation de services essentiels dont aurait besoin une plus forte proportion de la population de patients.

Lorsque plusieurs hôpitaux généraux fonctionnent à proximité les uns des autres, mais qu'aucun n'est suffisamment grand pour justifier la création d'une unité psychiatrique, il y aurait lieu de mettre sur pied une unité régionale dans l'un d'entre eux. Il est important que cette unité dispense des services de counseling en psychiatrie et de santé mentale aux autres hôpitaux qui font partie du groupe.

S'il est impossible de créer une unité régionale, les patients atteints de troubles mentaux devraient être regroupés dans une unité de soins médicaux dans laquelle il y ait en permanence au moins une infirmière qui possède de l'expérience en psychiatrie.

2.3 L'évaluation[20]

Bien que le processus et l'objectif de l'évaluation faite dans le cadre d'un service d'hospitalisation soient sensiblement les mêmes que ceux d'une évaluation réalisée dans d'autres secteurs du service psychiatrique (par exemple, le service de consultation externe), les éléments distinctifs sont le cadre et l'intensité. Les patients sont admis à une unité d'hospitalisation pour une évaluation lorsqu'il est impossible de les évaluer en toute sécurité, rapidement ou aisément dans un cadre moins restrictif. L'unité d'hospitalisation offre en effet la sécurité nécesaire (par exemple pour le patient suicidaire) et la possibilité pour l'intéressé de bénéficier d'un service d'observation et de consultation, 24 heures sur 24, par une équipe de professionnels.

L'admission à un service d'hospitalisation s'impose également lorsqu'il s'avère nécessaire de traiter d'urgence certains symptômes avant que le patient puisse faire l'objet d'une évaluation complète. Un autre avantage réside dans la possibilité de consulter d'autres unités de soins médicaux de l'hôpital général, surtout dans le cas des patients qui ont du mal à respecter les rendez-vous pris avec d'autres spécialistes dans le cadre d'un service de consultation externe.

L'absence de réseau de soutien social ou de soins dispensés à l'extérieur de l'hôpital peut également justifier l'admission à un service d'hospitalisation, l'objectif étant l'évaluation du niveau actuel de fonctionnement du patient et de ses besoins, ainsi que le rétablissement structuré de liens avec les services dispensés dans la collectivité.

---

20 Voir également B.4 : "L'évaluation".

2.4 Les services dispensés

L'unité d'hospitalisation devrait faire partie d'un continuum de services qui pourvoit aux besoins du malade mental. Ainsi que nous l'avons déjà souligné, l'observation et l'évaluation sont les principales fonctions de ces unités. Selon le contexte local, les services de consultation externe, les médecins de pratique privée et les médecins de famille peuvent assurer la majeure partie du traitement au terme d'une évaluation faite et d'une consultation donnée en milieu hospitalier. Ainsi, dans bien des cas, le traitement sera amorcé mais ne sera pas mené à terme, dans l'unité d'hospitalisation. Les modalités du traitment[21] comprendront diverses interventions biologiques, des thérapies psychosociales, la mise en valeur des aptitudes et la détermination des ressources offertes dans la collectivité.

Dans le cas des patients qui sont en état de crise, le traitement peut viser à : maîtriser les problèmes de comportement; à empêcher que l'intéressé ne se blesse lui-même ou ne blesse quelqu'un d'autre; à stabiliser l'état mental pour permettre une évaluation complète et à traiter le trouble physique sous-jacent ou concomitant.

2.5 Le nombre de malades et les lits requis

Chaque hôpital doit définir les paramètres de sa clientèle cible[22]. De manière générale, sont exclus de l'unité de soins psychiatriques offerts en établissement dans un hôpital général : les soins spécialisés offerts en établissement, les soins thérapeutiques prolongés de sécurité maximale pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles graves et d'autres services spécialisés.

La plupart des séjours à l'hôpital seront de courte durée, la moyenne étant de 3 semaines mais dans certaines régions où les autres ressources sont rares, les hôpitaux généraux ont dû élaborer des programmes de soins de durée moyenne ou longue, pouvant atteindre six mois.

En règle générale, si l'on songe à créer de nouvelles installations, on doit prévoir que chaque unité comptera au maximum de 20 à 25 lits, bien que certaines unités déjà en place en comptent davantage. Parmi les facteurs qui déterminent le nombre de lits, on compte : le bassin de

---

21 Voir également B.5 : "Les programmes et thérapies offerts à l'hôpital".

22 Voir également B.3 : "La planification : considérations régionales et locales".

population et ses besoins, les autres services de santé mentale offerts, notamment les services de consultation externe et l'éventail de ressources offertes dans la collectivité.

Il est plus coûteux de faire fonctionner une plus petite unité (moins de 20 lits). Dans certains cas exceptionnels, il peut être nécessaire de créer une telle unité, par exemple dans un milieu rural ou une région isolée sur le plan géographique, pour une certaine catégorie très spéciale de patients, par exemple ceux qui pourraient avoir des tendances suicidaires.

2.6 Les politiques et procédures

Toutes les politiques et procédures qui s'appliquent aux services de soins aux patients devraient être établies par écrit et être avalisées par l'administration et le conseil de l'hôpital sur la recommandation du comité consultatif médical[23]. Les objectifs et la philosophie générale du programme devraient être précisés par écrit et contenir une description des services offerts. Les critères régissant l'admission, le traitement, la prise en charge et la planification du congé, devraient être définis conformément aux lois provinciales, à la politique de l'hôpital et aux soins des patients, de concert avec le groupe de professionnels oeuvrant au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Au nombre des facteurs à prendre en considération figurent la gravité de la maladie, le niveau de fonctionnement du patient, les autres services hospitaliers dont a absolument besoin le malade, la capacité du patient de faire appel aux services ambulatoires, le caractère urgent de la situation et l'accessibilité géographique.

2.6.1 Les critères régissant l'admission

Un hôpital général doit prendre des décisions concernant les types de patients qu'il admettra et définir par écrit des politiques en la matière.

Au nombre de celles-ci figurent :

- les limites d'âge pour les patients
- l'admission de patients toxicomanes (qui abusent de l'alcool ou de drogues)
- l'internement

---

23 Annexe 5 "L'organisation administrative, les politiques et procédures".

- l'admission de patients souffrant d'un trouble du développement

- l'admission de patients souffrant de maladies infectieuses (par exemple le SIDA)[24]

- la proportion de lits réservés à des populations spéciales (par exemple dans le cadre de projets de recherche)

- d'autres critères dictés par le contexte local.

Au nombre des indicateurs positifs de l'admission des patients figurent :

- Les comportements dangereux pour la personne ou son entourage, qui ne peuvent être maîtrisés par des interventions en salle d'urgence.

- Le besoin d'effectuer une évaluation approfondie, de concert avec d'autres services hospitaliers et dispensateurs de soins de santé, par exemple les médecins de famille, lorsqu'il est impossible, pour des considérations pratiques ou des raisons de sécurité ou de temps, de réaliser ces évaluations dans un autre environnement.

- Le nécessité d'administrer un traitement qui ne peut être offert en toute sécurité dans un autre cadre (par exemple une pharmacothérapie qui comporte des risques d'effets secondaires, de sorte que les patients doivent être sous surveillance).

- Le besoin de faire une évaluation médicale des personnes souffrant de troubles mentaux et de leur administrer des soins médicaux.

- L'aide aux autres établissements de soins communautaires, par exemple les foyers de soins spéciaux, qui dispensent des soins chroniques et prennent en charge les cas à long terme.

- Le nécessité de stabiliser périodiquement l'état des personnes souffrant de maladies ou d'incapacités chroniques pour leur permettre de demeurer dans la collectivité.

- La nécessité de fournir des services de réadaptation sociale à court ou à long terme dans un milieu structuré.

---

24 Voir D.5 : Les maladies infectieuses. "Guide de prévention des infections pour techniques d'isolement et précautions", Bureau de lutte anti-infectieuse, Direction des services de santé, Santé et Bien-être social Canada, 1986.

2.6.2 La prise en charge et le traitement

Les politiques et procédures devraient faire état des privilèges du médecin de famille ou du thérapeute du patient en matière d'admission et de prise en charge. Ces privilèges devraient être assujettis à l'approbation du directeur ou du chef du département de psychiatrie.

Au moment de l'admission d'un patient, un psychiatre (ou, selon les exigences locales un médecin de famille) se verra confier le cas. Cette personne sera responsable du cas sur le plan médical, mais n'importe quel membre de l'équipe pluridisciplinaire peut servir de coordonnateur de cas ou de principal thérapeute[25].

Il importe de tenir pour chaque patient un dossier clinique exact, à jour, complet et écrit qui comprend une description des interventions liées au problème et des résultats obtenus. Tout le personnel qui administre des soins au patient devrait participer à l'établissement du dossier, mais il importe d'éviter le double emploi. Il y aurait lieu de songer à uniformiser et à informatiser les dossiers confidentiels des patients, ce qui faciliterait la coordination entre les programmes de traitement, l'extraction rapide de données et l'évaluation efficace du programme. Dans la mesure du possible, les systèmes de collecte de données de l'hôpital devraient être compatibles avec les systèmes provincaux de collecte de données.

2.6.3 Autres politiques et procédures

Il importe de définir des politiques et des pratiques pour des niveaux d'observation spéciaux (observation permanente, étroite) et y préciser les niveaux de soins, les interventions du personnel infirmier ainsi que les privilèges et permissions accordés aux patients.

Il faut prévoir des politiques régissant le recours aux dispositifs de contention et à l'isolement.

Il importe de définir clairement les politiques régissant l'usage de la cigarette et la sécurité (par exemple par rapport aux patients confus aux facultés affaiblies ou désorientés, les malades au comportement auto-destructeur, etc.).

Il importe de définir des politiques régissant l'intervention dans des situations d'urgence (par exemple la réanimation (code 99 ou 444, etc.)).

---

25 Voir également la partie B.6 : "Le personnel".

Il faut définir les politiques conformément aux lois provinciales et en tenant compte de facteurs tels que la protection des droits du patient[26].

2.6.4 Le congé

La planification du congé devrait débuter au moment de l'admission. Il faut repérer les sources d'aide qui pourraient s'avérer utiles après le départ de l'établissement et les choisir en fonction des besoins potentiels des patients. Les services dispensés par l'hôpital, par exemple les services de consultations externes et les services de soins de jours, peuvent convenir si le patient a besoin de soins chroniques. Le soutien fourni par les amis et la famille est un important facteur dans la prise de décision concernant le congé. Le personnel devrait entretenir des liens étroits avec d'autres services implantés dans la collectivité, qui peuvent dispenser au besoin des soins, par exemple les centres de santé mentale, les foyers de groupe et d'accueil, les établissements qui dispensent des soins chroniques et d'autres ressources.

2.6.5 L'assurance de la qualité et l'évaluation

Il faudrait encourager l'adoption de programmes visant à assurer une qualité continue et à évaluer périodiquement les services, ce qui comprend une appréciation du travail des professionnels et une évaluation de cas qui reposent sur un système adéquat de dossiers et de données.

2.7 Le personnel[27]

Le personnel préposé aux services d'hospitalisation doit posséder les aptitudes voulues pour s'occuper de l'évaluation, du traitement et du congé des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Il doit être compétent dans les domaines suivants : l'évaluation individuelle, l'établissement de programmes, la création d'un programme centralisé pour les personnes qui ont des niveaux de fonctionnement divers et la prise en charge des patients agressifs ou qui manifestent d'autres comportements difficiles[28].

---

26 Voir D.3 : "Les droits du patient".

27 Voir B.6 : "Le personnel".

28 Voir D.2 : "Le malade potentiellement agressif ".

Le personnel infirmier

Le service psychiatrique pour malades hospitalisés doit offrir, 24 heures sur 24 et sept jours par semaine, les services d'un personnel infirmier autorisé[29]. Il peut y avoir en outre des auxiliaires, selon les soins dont ont besoin les patients.

Il est difficile de déterminer la taille précise de l'effectif infirmier. Certains facteurs doivent cependant être pris en considération, notamment les besoins des patients, les catégories d'infirmières et la charge de travail, l'effectif, les programmes mis en oeuvre par des équipes, le plan d'aménagement et l'emplacement de l'unité.

2.8 La répartition de l'espace et les caractéristiques spéciales du plan d'aménagement

Les besoins relatifs à l'aménagement de l'espace, dans le cas des services d'hospitalisation, dépendront de divers facteurs, notamment :

- le nombre et le type de patients
- les besoins en matière de dotation en personnel
- les services partagés avec d'autres programmes de soins psychiatriques, par exemple les services de consultations externes et l'hospitalisation partielle
- le degré d'accès aux installations communes, par exemple les salles de conférences, les salles d'attente, les salles d'accueil
- le type d'aménagement, par exemple la volonté de créer une ambiance familiale
- les services et les locaux partagés avec d'autres unités de l'hôpital général, par exemple l'entretien ménager, la nutrition, la lutte contre les incendies et les mesures de sécurité, les vestiaires réservés au personnel, les services de cantine, les dossiers médicaux, etc.
- les normes et codes nationaux, provinciaux et locaux régissant les constructions.

---

29 Ce terme recouvre les infirmières autorisées et les infirmières autorisées spécialisées en psychiatrie, reconnues selon les lois provinciales appropriées.

2.8.1 L'emplacement

Il faudrait toujours tenir compte du principe de la normalisation au moment de l'aménagement et de la détermination de l'emplacement d'une unité des soins psychiatriques en établissement. L'unité devrait faire partie intégrante du complexe hospitalier et non pas être annexée à l'hôpital. L'unité devrait avoir facilement accès à des services tels que l'admission, le laboratoire, le personnel, les centres de consultation et les thérapies, au même titre que les autres unités ou programmes de l'hôpital. Elle devrait être située à proximité d'une autre unité de soins médicaux qui pourrait intervenir rapidement en cas d'urgence.

L'unité devrait si possible être située au rez-de-chaussée et, de préférence à proximité d'un espace vert. Pour faciliter l'interaction avec la collectivité et pour promouvoir autant que possible un mode de vie normal pour les patients, il est recommandé que ces derniers puissent accéder facilement à la rue. Bien qu'il soit important de faciliter l'accès vers l'extérieur, il importe d'exercer un certain contrôle pour la sécurité de certains patients, par exemple ceux qui ont des tendances suicidaires.

2.8.2 Les mesures de sécurité

Les unités qui font partie d'un hôpital général devront s'occuper de la plupart des types de maladies mentales. L'unité devrait être aménagée de façon à offrir un choix de salles réservées aux traitements, qui permettent d'isoler les patients qui s'expriment peu sur le plan verbal et qui pourraient être violents et qui ont besoin d'être surveillés et observés de plus près. Elle devrait également permettre de limiter les sources de stimulation pour cette catégorie de patients. Si l'unité ne peut prévoir des aires spéciales, elle doit absolument avoir accès à des locaux qui permettent aux patients, qui sont excités et impossibles à maîtriser dans un milieu normal, de recevoir le type de traitement dont ils ont besoin. Les salles spécialement aménagées pour des raisons de sécurité et les salles d'observation spéciales devraient occuper une place discrète dans l'ensemble de l'aménagement.

Voici les dispositifs généraux qui sont recommandés :

1. Un contrôle visuel exercé sur les couloirs à partir du poste de soins infirmiers, ce qui nécessite parfois le recours à des miroirs.

2. Un avertisseur visuel et sonore installé au poste de soins infirmiers, qui permet de surveiller les allées et venues à

l'intérieur de l'unité. (Les consignes en cas d'incendies et les codes de sécurité dans les immeubles interdisent dans bien des cas l'utilisation de verrous.)

3. Il faudrait non seulement prévoir des règlements régissant les drogues dangereuses, mais également mettre sous clé tous les produits dont l'utilisation est susceptible d'être dangereuse pour soi ou pour autrui. Parmi ces derniers figurent les détergents, les désinfectants et d'autres produits toxiques.

4. Il importe de désigner clairement les aires où l'usage de la cigarette est interdit ou autorisé.

Caractéristiques des salles

1. Lorsqu'il y a lieu de prévoir des dispositifs de sécurité spéciaux, il faut faire en sorte qu'ils soient conçus de la façon la plus discrète possible.

2. On peut prévoir deux portes qui séparent la chambre du couloir de manière à pouvoir au besoin restreindre l'accès du patient à la salle de bains. La porte intérieure peut être munie d'une fenêtre d'observation et d'un rideau qui peut servir à protéger l'intimité du malade. Cette porte peut être laissée ouverte lorsqu'il n'y a pas lieu de restreindre l'accès à la salle de bains.

3. La porte de la salle de bains et la porte intérieure devraient être dans un renfoncement et s'ouvrir sur l'extérieur ou être munies de dispositifs spéciaux qui permettent une ouverture sur l'extérieur en cas d'urgence.

4. Les tuyaux apparents, les douches fixes ou amovibles, les tringles et les crochets, etc. sont à éviter, le patient pourrait s'en servir pour se blesser lui-même ou pour blesser quelqu'un d'autre.

5. On utilisera des stores vénitiens enchâssés dans une fenêtre à double vitrage, de préférence aux rideaux, les crochets et le support représentant une source de danger (voir 4 ci-dessus). Tous les rideaux et tentures devraient être ignifuges.

6. Les vitres des fenêtres devraient être incassables et généralement en verre trempé.

7. L'accès aux fenêtres ouvertes devrait être restreint.

8. Dans les salles à lits multiples, les rideaux prévus pour chaque lit devraient être tenus par une armature fixée au plafond plutôt que par un support suspendu, lequel peut facilement être endommagé ou utilisé par les patients pour se blesser eux-mêmes ou pour blesser quelqu'un d'autre.

9. En règle générale, il n'est pas nécessaire de prévoir une tuyauterie spéciale. Toutefois il y a lieu de contrôler la température de l'eau pour éviter les brûlures.

10. Dans toute salle réservée aux patients plus violents ou agressifs, il faudrait remplacer les dalles de plafond que les patients pourraient déplacer par un revêtement plus solide.

11. Les gaz médicaux doivent répondre aux normes de sécurité et leur utilisation doit être conforme aux règlements établis et tenir compte de la possibilité d'une mauvaise utilisation par les patients.

2.8.3 L'aménagement de l'espace

Le plan d'aménagement

Certains planificateurs considèrent que l'aménagement type des hôpitaux, avec des postes centralisés de soins infirmiers, ne convient pas aux malades mentaux et préfèrent créer un "milieu thérapeutique" en regroupant les chambres des malades autour d'une salle de séjour pour favoriser l'interaction et mieux recréer un environnement "normal". Ce type d'unité devrait prévoir un nombre suffisant de chambres individuelles pour protéger l'intimité des malades et leur éviter des dérangements pendant la nuit. Dans l'ensemble, les exigences relatives à l'espace sont sensiblement les mêmes que celles d'une unité normale. Toutefois, les coûts de construction de ces installations spécialisées sont élevés. C'est pourquoi il faut toujours tenir compte de l'utilisation éventuelle de ces unités au moment de la planification.

Les chambres des malades et les salles de bains

Malgré certaines différences possibles sur le plan des détails de conception, les chambres réservées aux malades dans les unités psychiatriques sont généralement de la même dimension que toute autre chambre affectée aux malades d'un hôpital général. Il faut cependant aménager la pièce de manière à faciliter une surveillance étroite. Les décisions relatives à la dimension et à la finition des pièces, à leur emplacement par rapport aux autres aires et à la décoration devraient être prises en fonction des besoins émotionnels des malades, du personnel et des visiteurs. Chaque salle devrait être munie d'un lavabo.

Il faut prévoir au moins une toilette pour quatre malades ainsi qu'une baignoire et une douche pour cinq malades. Les salles de bains et les toilettes doivent être aménagées de façon à répondre aux besoins des handicapés. Il faut prévoir suffisamment d'espace autour des baignoires pour permettre au personnel de se déplacer au moins de trois côtés de la baignoire. La finition des murs et des planchers devrait être choisie en fonction de l'entretien, de la solidité et de la valeur thérapeutique (par exemple, la couleur). Il n'est pas conseillé d'installer des postes de télévision dans les chambres des malades car le fait de regarder seul la télévision augmente une attitude de repli sur soi et diminue les occasions de nouer des contacts avec d'autres malades et les membres du personnel.

Principales zones d'activités

Les unités psychiatriques ont également besoin de suffisamment d'espace pour mener des activités outre celles qui se déroulent dans les chambres des malades, par exemple la thérapie individuelle et la thérapie de groupe, la ludothérapie et l'ergothérapie, la lecture et les loisirs physiques. Il faut donc prévoir les locaux suivants :

- Des salles suffisamment grandes pour qu'on puisse y travailler avec les familles, de petits groupes ou des groupes nombreux et y réunir le personnel.

- Une salle d'ergothérapie à cloisons mobiles, permettant une utilisation maximale de l'espace et de l'équipement. Elle doit être suffisamment grande pour qu'on puisse y loger de grandes tables de travail et offrir suffisamment d'espace de rangement pour les appareils tels que les machines à écrire, du matériel de menuiserie et d'autre matériel recommandé par l'ergothérapeute.

- Une cuisine destinée à la réadaptation, contiguë à la salle d'ergothérapie, où les malades peuvent se préparer eux-mêmes des repas.

- Des salles de séjour (celles des malades doivent être séparées de celles du personnel).

- Un salon de coiffure (important pour la perception que les patients ont d'eux-mêmes).

- Une petite laverie avec espace de rangement.

- Des salles d'entrevues et des aires de travail pour tous les professionnels.

- Une salle d'examen physique (une par unité).

- Une salle de traitement et une salle de réveil pour les électrochocs. L'intimité, l'espace et la tranquillité sont des facteurs importants pour le malade, au moment du réveil.

En outre, il importe que les patients aient accès aux installations suivantes :

- Une aire de préparation des repas et une salle à manger.

- Une cantine ou un casse-croûte.

Le poste de soins infirmiers (voir également "Le plan d'aménagement")

L'emplacement du poste de soins infirmiers est un aspect très important de la planification. Il importe en effet que le poste soit situé dans une zone centrale de l'unité. Il est également vital que toutes les aires réservées aux malades (chambres, salles de bains, salles de séjour, etc.) et que l'entrée de l'unité soient parfaitement visibles à partir du poste de soins infirmiers. Les portes de sortie devraient être surveillées par des systèmes d'alarme ou par des indicateurs lumineux installés au poste de soins infirmiers. Il faut prévoir une aire pour la tenue des dossiers ainsi qu'une armoire séparée, que l'on peut fermer à clé, pour les médicaments.

Locaux réservés aux services administratifs et aux services de soutien

L'espace réservé au soutien au sein d'une unité de soins psychiatriques devrait être sensiblement moins grand que l'espace affecté aux salles d'activités principales. Il faut prévoir un vestiaire pour le personnel (si celui-ci n'est pas partagé avec le reste de l'hôpital). Les aires de travail affectées aux professionnels peuvent souvent servir de salles d'entrevues.

Il faut prévoir des locaux (salles d'utilités propres et salles d'utilités souillées, espace réservé au concierge) pour les services généraux. Ces locaux devraient pouvoir être verrouillés car on pourrait y trouver des produits et appareils potentiellement dangereux.

Selon les besoins des individus et les activités du personnel, il peut s'avérer nécessaire de réserver des locaux aux activités de formation et de recherche. Il faut prévoir du matériel audiovisuel et didactique

nécessaire à la formation continue ainsi qu'à la sensibilisation des patients et de leurs personnes ressources.

3. LES SERVICES D'HOSPITALISATION PARTIELLE

Un hôpital général qui s'efforce de fournir un service complet d'hospitalisation et de consultations externes devrait également envisager d'offrir certains programmes d'hospitalisation partielle dans le cadre de la diversification de ses services. L'importance de ces programmes dépendra de la nature et des besoins du bassin de population.

Fonctions

Voici en quoi consistent les fonctions de l'hospitalisation partielle:

- éviter l'hospitalisation, raccourcir les séjours à l'hopital et diminuer le taux de réadmission;

- offrir des modes de vie qui se rapprochent le plus possible de la normale, favoriser un mode de fonctionnement sain et servir de pont entre l'hôpital et la collectivité;

- réduire au minimum la stigmatisation, la dépendance et le bouleversement de la vie familiale et sociale;

- réaliser des évaluations diagnostiques, y compris des examens spéciaux;

- offrir un traitement symptomatique et surveiller la consommation de médicaments;

- offrir une thérapie individuelle, une thérapie de groupe, une thérapie de couple et une thérapie familiale;

- donner une intervention d'urgence ou renforcer le traitement offert en consultation externe;

- pourvoir des services de consultation et partager la responsabilité de la prise en charge des cas difficiles;

- amener le réseau de soutien familial et social du patient à participer activement au traitement;

- offrir des programmes spécialisés à certaines catégories de malades âgés, ceux qui souffrent d'un dérèglement de l'alimentation ou d'un trouble affectif.

3.1 Les services dispensés

L'hospitalisation partielle comprend l'hospitalisation d'une journée ou moins, les programmes de jour, les programmes de soirée, l'hospitalisation de nuit et l'hospitalisation de fin de semaine. Les hôpitaux de jour offrent généralement un programme structuré de traitements psychiatriques, auquel les patients peuvent participer jusqu'à cinq jours par semaine entre 8h30 et 17h. L'hospitalisation de nuit est offerte aux patients qui travaillent ou font des études le jour et qui rentrent à l'hôpital pour le repas du soir, pour participer aux activités de fin de soirée et passer la nuit. Certains patients peuvent prendre part uniquement aux programmes de soirée ou de fin de semaine.

3.2 L'évaluation[30]

Le patient a besoin d'une évaluation bio-psychosociale complète, y compris une évaluation de sa capacité de réadaptation. Cette évaluation devrait mettre davantage l'accent sur les points forts du patient que sur le diagnostic et la pathologie.

3.3 Le traitement

Une analyse de la littérature récente indique qu'une thérapie axée sur une démarche précise par exemple le règlement de problèmes ou la modification du comportement, est plus utile pour la plupart des malades qui bénéficient d'une hospitalisation partielle qu'une approche non directive ou intuitive. Par exemple, les programmes de formation ou de désensibilisation axés sur les techniques de survie, les aptitudes sociales ou l'autonomie fonctionnelle peuvent s'avérer très pratiques pour certains malades. Il est important d'offrir un vaste choix de modalités de traitement[31].

---

30 Voir également B.4: "L'évaluation".

31 Voir également B.5: "Les programmes et thérapies offerts à l'hôpital".

3.4 La clientèle

Les malades choisis dans le cadre des programmes d'hospitalisation partielle devraient être suffisamment motivés et organisés pour pouvoir prendre part régulièrement (ou avoir un dispensateur de soins qui soit en mesure d'y participer régulièrement) et devraient bénéficier d'un réseau de soutien familial ou social suffisant pour pouvoir vivre dans des conditions passablement stables. L'hospitalisation partielle peut même répondre aux besoins de certains malades aigus si ces derniers peuvent facilement se faire hospitaliser pour de courts séjours, au besoin.

Les programmes d'hospitalisation partielle sont davantage adaptés aux besoins des malades qui vivent des épisodes aigus de la maladie qu'ils finiront par sumonter, plutôt qu'aux besoins de ceux qui souffrent d'une maladie ou d'une affection chronique. Le malade chronique aura besoin de mesures de soutien et de soins prolongés que ne peuvent normalement procurer des programmes d'hospitalisation partielle. Il y a lieu de prévoir des programmes distincts de soins de jour dans la collectivité afin de pourvoir aux besoins des malades qui souffrent d'incapacités chroniques, qui n'observent pas le traitement ou n'y réagissent pas ou qui sont mésadaptés sur le plan social[32].

3.5 Le nombre de malades et les lits requis

Le rythme de participation aux programmes d'hospitalisation partielle devrait dépendre des indications thérapeutiques; le régime doit être souple et adapté aux besoins de chaque malade. Le nombre de places disponibles dépend également du nombre de malades et des ressources offertes par l'ensemble du service psychiatrique. Il faut prévoir des lits pour les programmes d'hospitalisation de nuit et de fin de semaine. Des lits doivent être disponibles pour les cas particuliers tels que les handicapés physiques et les malades qui reçoivent des électrochocs.

3.6 La répartition des programmes et les rapports entre les services

Étant donné que les services d'hospitalisation partielle mettent l'accent sur un mode de fonctionnement normal et sain, ils devraient idéalement être offerts dans des locaux qui sont à l'écart des services d'hospitalisation. Toutefois, il peut être plus avantageux pour certains

---

32 Voir également "Les services dispensés aux personnes atteintes d'incapacité grave" sous la rubrique B.2: "la clientèle".

programmes d'être rattachés à l'hôpital, par exemple lorsque la continuité des soins pour un ex-malade hospitalisé représente un facteur important.

Étant donné l'importance d'une participation régulière, les services d'hospitalisation partielle devraient être facilement accessibles de façon à ce que les patients ne soient pas tenus de parcourir de longues distances ou de vivre séparés de leur famille. Les services de nuit et de fin de semaine devraient, pour les mêmes raisons, être offerts dans un lieu central dans la collectivité. Un service de transport devrait être assuré pour ceux qui autrement auraient de la difficulté à participer aux programmes.

Il peut s'avérer nécessaire de s'occuper de l'hébergement à long terme des malades qui sont incapables de rentrer chez eux chaque nuit, par exemple les malades chroniques et les malades qui viennent de l'extérieur. Diverses formules sont possibles: foyers de groupe, foyers d'accueil, foyers de transition ou "auberges-dortoirs"[33].

Les rapports avec d'autres services

Le succès des programmes d'hospitalisation partielle dépend de la possibilité d'accéder rapidement et facilement à n'importe quel service assuré par un hôpital qui dispose de toutes les installations voulues. Il importe donc que les membres de chaque discipline entretiennent des rapports de travail solides avec leurs collègues qui appartiennent à d'autres services hospitaliers, que ce soit dans l'établissement même ou dans un autre établissement, de façon à ce que l'accès aux services se fasse le plus rapidement possible. Il est important que le personnel qui oeuvre dans le cadre des programmes d'hospitalisation partielle fasse connaître sa façon d'envisager les soins aux malades à d'autres membres du personnel de l'hôpital et des autres centres. Il devrait bien expliquer la raison pour laquelle il a recours à d'autres services ou sollicite un transfert de malade. Il faudrait considérer que les programmes d'hospitalisation partielle répondent aux besoins des malades adressés par d'autres unités, pour faciliter l'établissement et le maintien des rapports harmonieux entre les membres du personnel.

Les programmes d'hospitalisation partielle sont le plus efficaces lorsqu'ils sont mis en oeuvre de concert avec d'autres programmes offerts par l'hôpital et la collectivité. Un roulement continu et le

---

33 Gudeman, J., Shore, M. et Dickey, D., Day Hospitalization Instead of Inpatient Care for Psychiatric Patients, New England Journal of Medicine, 308, pp. 749-753, 1983.

passage aisé d'un programme à l'autre dans un ensemble diversifié de services, par exemple entre l'hospitalisation de jour et un traitement en consultation externe, rehaussent l'efficacité de chaque approche.

3.7 L'organisation du programme et les politiques

L'hospitalisation partielle n'est rentable que si les objectifs du programme sont nets et précis et s'il existe des critères de sélection rigoureux, une bonne gestion clinique et une bonne planification du congé.

L'équipe thérapeutique devrait définir clairement des politiques régissant l'admission des patients et leur transfert entre les programmes d'hospitalisation partielle et d'autres services. Les objectifs et les critères relatifs à l'admission et au congé devraient être clairement expliqués et appliqués de façon à assurer un passage harmonieux des patients d'un programme à l'autre. Il y a lieu d'établir des protocoles pour la prise en charge des malades excités ou violents[34].

Responsabilités du personnel

La surveillance médicale et la supervision de la pharmacothérapie devraient incomber à un psychiatre.

Chaque malade devrait être examiné par un médecin avant d'être admis. Les décisions relatives à l'admission et au congé devraient être prises de concert avec le directeur des services psychiatriques, qui serait normalement responsable des programmes de soins cliniques. Les responsabilités du personnel devraient être définies selon les besoins des malades, les objectifs du programme et les politiques générales de l'hôpital. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire devraient entretenir des rapports fréquents et harmonieux pour bien répondre aux besoins des malades.

3.8 Le personnel[35]

Les programmes d'hospitalisation partielle sont généralement mis en oeuvre par les membres d'une équipe de traitement pluridisciplinaire où un psychiatre dûment reconnu assure la direction des soins cliniques, mais où n'importe quel membre de l'équipe peut être chargé de la coordination du programme. Les membres du personnel, y compris le

---

34 Voir D.2 : "Le malade potentiellement agressif ".

35 Voir également B.6 : "Le personnel ".

directeur des services cliniques, ne travaillent pas nécessairement à temps plein dans le cadre du programme d'hospitalisation partielle. Les ergothérapeutes, les spécialistes de la thérapie par l'art et les spécialistes du counseling professionnel peuvent jouer un rôle important dans certains programmes d'hospitalisation partielle et le personnel peut comprendre des spécialistes de certaines disciplines spécialement choisies pour répondre aux besoins des patients.

Comme le succès de l'hospitalisation partielle dépend du maintien de liens solides avec la collectivité, il est important que le personnel ait les aptitudes voulues pour travailler auprès des familles et pour établir des contacts avec les organismes et services communautaires pour le malade. Il serait également important que les ergothérapeutes aient la capacité voulue pour communiquer avec les employeurs et superviser les programmes de conditionnement au travail. Un psychologue qui pourrait administrer des tests psychologiques, appliquer un programme axé sur la modification du comportement ou offrir un programme de formation ou de sensibilisation axé sur les aptitudes sociales serait un atout pour l'équipe.

Le personnel affecté aux programmes de jour

Le ratio personnel soignant-malades et la composition du personnel, dans le cadre d'un programme de jour, dépendront du niveau de service dispensé, du type de programme et des besoins des malades (état des malades, nombre de malades, constitution de la clientèle).

Les services administratifs et sténographiques devraient être disponibles au besoin. Les bénévoles peuvent rehausser la qualité des services dispensés aux malades bénéficiant d'une hospitalisation partielle. Ils doivent être encadrés par un membre compétent de l'équipe pluridisciplinaire

La formation du personnel et les qualifications requises

Le personnel affecté aux programmes d'hospitalisation partielle doit acquérir des aptitudes spéciales dans les domaines suivants: technique d'intervention d'urgence, prise en charge des malades violents ou excitables. Il doit également être capable de déterminer à quel moment intervenir dans l'environnement social du malade et quand s'occuper d'hospitaliser un malade dont l'état se détériore.

3.9 La répartition et l'utilisation de l'espace et les caractéristiques spéciales du plan d'aménagement

Les centres de soins de jour et de nuit devraient avoir accès aux locaux et bénéficier des dispositifs de sécurité analogues à ceux qui sont énumérés dans les directives régissant les services d'hospitalisation pp. 58-64. L'unité doit être dotée de casiers, de salles de bains complètes, d'une aire pour les repas des malades et d'une grande salle où il est possible de réunir périodiquement tout le personnel et les malades. L'accès à un jardin ou à une aire ouverte où les malades peuvent se détendre, avoir des contacts personnels et mener des activités de loisirs serait souhaitable. L'aménagement devrait tenir compte de la spécificité des programmes offerts et de leurs objectifs.

Toutes les méthodes d'examen et de traitement qu'offre normalement un hôpital devraient être mises à la disposition des malades bénéficiant d'une hospitalisation partielle, les critères de fonctionnement étant identiques à ceux qui s'appliquent aux services d'hospitalisation. Il faut prévoir des aires pour le rangement du matériel d'urgence et des médicaments comme c'est le cas pour les services d'hospitalisation.

4. LES SERVICES PSYCHIATRIQUES DE CONSULTATION EXTERNE

Comme le mode de prestation des soins psychiatriques au Canada a évolué de façon radicale en s'écartant du modèle de soins dispensés en établissement, la proportion de soins ambulatoires et de services de consultations externes a crû de façon considérable, à un point tel qu'ils représentent les principales formes de traitement dispensés au Canada.

Les services de consultations externes devraient être conçus selon les besoins de la collectivité, et le directeur ainsi que le personnel devraient établir des liens avec d'autres dispensateurs de services de santé mentale dans la collectivité afin de déterminer qui devrait fournir tel service et comment procéder. Le service de consultations externes joue un rôle à ce point important comme point d'accès au réseau de soins psychiatriques, que le personnel préposé aux soins cliniques doit classer les cas par ordre de priorité et les confier au professionnel ou à l'établissement qui est le mieux placé pour offrir le service.

Les soins dispensés dans un service de consultation externe peuvent souvent éviter une hospitalisation, laquelle peut à son tour éviter de perturber le réseau de soutien du malade ou le déranger le moins possible.

La transition

L'absence de transition entre une hospitalisation et les services de suivis consécutifs à la mise en congé est la principale raison qui explique le recours aux services d'urgence ou les réadmissions. Les programmes de consultations externes remplissent un rôle important en dispensant des services complets à des ex-malades hospitalisés, surtout pendant la période stressante qui suit la mise en congé, moment où ces derniers sont vulnérables, prédisposés à des rechutes et peuvent avoir besoin de rendez-vous fréquents. Le personnel préposé aux consultations externes et le personnel préposé aux services d'hospitalisation devraient joindre leurs efforts pour définir les besoins et les problèmes des malades en établissant le plan de congé.

L'emplacement des services

Le fait d'intégrer les services psychiatriques de consultations externes à un hôpital présente certains avantages, notamment: amélioration de la continuité des soins, centralisation du personnel peu nombreux, meilleure liaison avec le personnel de l'hôpital et accès facile aux autres services de l'hôpital, sans compter la possibilité d'améliorer les rapports avec les services communautaires.

Les services de consultations externes peuvent également être situés dans un autre immeuble, des locaux commerciaux ou un centre commercial. Un tel emplacement peut améliorer l'accès des patients aux services et contribuer à normaliser la situation du malade

Des services satellites pourraient être situés dans les petits hôpitaux de la collectivité.

4.1 La clientèle

La clientèle comprend des malades qui ont déjà été hospitalisés, des patients qui reçoivent essentiellement des services de consultations externes et des patients qui ont été adressés au service pour obtenir un deuxième avis ou des services spécialisés[36].

Ces dernières années, ainsi que nous l'avons déjà noté, on a observé une augmentation de la population de malades mentaux dans les hôpitaux généraux, ce qui, dans les centres de consultations externes, se traduit par un grand nombre de patients reconnus comme des psychotiques ou des malades chroniques. Souvent ces derniers ne

---

36 Voir également B.2 : "La clientèle".

réagissent pas aux traitements, sont difficiles, peu obéissants, violents, mésadaptés sur le plan social. Dans bien des cas, ils sont connus de nombreux organismes et sont de grands utilisateurs du réseau de services de santé et des services sociaux, et exigent que le traitement se déroule selon leurs désirs. C'est pourquoi il y a un danger qu'ils monopolisent les services au détriment des autres patients[37].

4.2 L'évaluation[38]

Il importe d'offrir une évaluation attentive et complète ainsi qu'un traitement ou une intervention appropriés aux malades pour lesquels le service de consultations externes représente le principal et parfois le seul point de contact avec les services psychiatriques. Tous les malades qui reçoivent des soins prolongés dans le cadre d'un service de consultations externes devraient subir régulièrement un examen physique réalisé de préférence par leur médecin de famille. Le centre de consultations externes devrait être disposé à fournir un deuxième avis au sujet de soins spécialisés dans le cas de malades adressés par d'autres établissements ou par des médecins de pratique privée. Comme nous l'avons déjà indiqué, une équipe de consultants externes peut évaluer les malades à domicile ou dans un autre cadre, par exemple un foyer de groupe.

4.3 Les services dispensés

Un centre complet de consultations externes doit pouvoir s'occuper de malades qui font l'objet de pronostics très divers.

Le traitement

Un centre de consultations externes doit offrir toutes les formes de traitement[39]. Les centres hospitaliers de consultations externes dispensent les services assurés par des professionnels de la santé mentale qui n'appartiennent pas au corps médical et qui sont rémunérés par l'établissement. Le centre peut être l'un des rares endroits où les malades sur pied peuvent consulter gratuitement un professionnel tel

---

37 Voir également "Les services dispensés aux personnes atteintes d'incapacité grave" sous la rubrique B.2 : "La clientèle" pour obtenir une description du type de services dont ces malades ont besoin.

38 Voir B.4: "L'évaluation".

39 Voir B.5 : "Les programmes et thérapies offerts à l'hôpital".

qu'un travailleur social, un psychologue ou un ergothérapeute ou suivre un traitement assuré par ces derniers. Les malades qui ont besoin par exemple d'un service d'évaluation ou de formation en aptitudes sociales, devraient avoir facilement accès à ce genre de services qui sont normalement dispensés à l'hôpital. Les programmes devraient avoir pour objet de permettre aux malades de demeurer si possible dans la collectivité.

Centres spécialisés

Ces dernières années, on a assisté à une augmentation du nombre de centres psychiatriques spécialisés au Canada par exemple ceux qui se spécialisent dans la schizophrénie, les dérèglements de l'alimentation ou la psychiatrie médico-légale. Voilà qui représente un changement de taille dans le mode de prestation de services.

Les centres spécialisés sont installés dans un établissement pour une ou plusieurs des raisons suivantes: la nécessité d'obtenir un deuxième avis, la prestation d'un service particulier par un spécialiste du domaine, l'amélioration de la recherche, de l'enseignement et de la consultation.

Bien que les centres spécialisés dans le traitement des alcooliques et autres toxicomanes ne relèvent pas nécessairement d'une autorité médicale, il arrive qu'ils soient situés dans des hôpitaux généraux où ils ont un accès facile aux ressources médicales de l'hôpital.

La continuité des soins doit être assurée pour le patient qui bénéficie de ces services spécialisés. Les responsables des cas[40] ou les thérapeutes attitrés doivent veiller à ce que le malade continue de recevoir tous les autres services appropriés et à ce qu'il ne se perde pas à l'intérieur du réseau lorsque le traitement dispensé dans le centre spécialisé prend fin.

Les soins chroniques

Les centres qui dispensent des soins chroniques offrent un traitement de longue durée aux ex-malades hospitalisés et à d'autres clients qui n'ont jamais été hospitalisés et dont les besoins en soins aigus ou chroniques peuvent être comblés dans un centre de consultations

---

40 Voir la prise en charge des cas p. 77.

externes. Ces centres offrent des modes de thérapie très différents, notamment la psychothérapie, un suivi sur le plan de la pharmacothérapie et les soins de soutien pour les malades chroniques.

La souplesse de l'horaire est un élément important. Il y a lieu de se pencher sur la nécessité d'ouvrir des centres en dehors des heures normales de travail: les malades ne devraient pas être obligés de choisir entre la réintégration dans l'emploi et la poursuite du traitement.

La thérapie de groupe peut s'avérer un aspect important des soins continus. Les groupes peuvent être structurés selon un problème ou un diagnostic ou en fonction des parents des patients ayant un même diagnostic.

Les centres de consultations

Les centres de consultations spéciaux ne prennent pas en charge un certain nombre de malades mais procurent soutien et conseils au sujet de la prise en charge du traitement, notamment des services spécialisés tels que les tests psychologiques, l'évaluation spéciale et l'évaluation de la capacité de réadaptation. L'accès à des services de counseling d'urgence permet aux dispensateurs de soins dans la collectivité, y compris les médecins de famille et les psychiatres de pratique privée, de continuer à assumer la majeure partie de la responsabilité du traitement du malade. L'hôpital se trouve ainsi dégagé de la responsabilité de fournir ces services de traitement et, pour leur part, les malades peuvent être traités en dehors d'un établissement.

Les centres de consultations peuvent également offrir les services d'une équipe de consultants externes qui évaluent et supervisent les patients dans d'autres cadres, par exemple un foyer de groupe reconnu. Cette équipe peut également effectuer des visites à domicile afin d'évaluer les patients qui sont en état de crise et d'offrir des conseils aux dispensateurs de soins sur la prise en charge et le traitement.

4.4 Le nombre de malades

Le nombre de malades qui relèveront d'un service de consultations externes dépendra de divers facteurs:

- accessibilité et réputation des services cliniques;

- besoins propres à la collectivité et suivi après la mise en congé;

- nombre de malades traités par des médecins de pratique privée et d'autres établissements qui dispensent des soins en consultations externes.

4.5 La répartition des programmes et les rapports entre les services

Le maintien de bons contacts et d'un esprit de collaboration avec les collègues d'autres services aide à empêcher le double emploie et à réduire au minimum le stress. L'uniformisation de la collecte de données et de la tenue des dossiers à l'hôpital facilitera l'échange de données.
Une charge de travail excessive peut avoir pour effet de réduire la souplesse et la disponibilité du personnel. Toutefois, pour assurer la continuité des soins, le personnel devrait s'efforcer de voir n'importe quel malade qui est en état de crise, qu'il traite actuellement ou qu'il a déjà traité. S'il ne peut le faire, le personnel devrait communiquer les renseignements pertinents au personnel qui fait partie de l'unité où le patient reçoit des soins, par exemple, l'unité d'urgence ou d'hospitalisation.

Le service de consultations externes de l'hôpital général sert de trait d'union entre l'hôpital et la collectivité. Des rapports de réciprocité étroits doivent donc être établis avec le personnel des organismes communautaires tels que les services sociaux, les services juridiques et éducationnels. Le personnel préposé aux consultations externes devrait bien connaître les ressources offertes dans la collectivité. En outre, il devrait rechercher et cultiver des contacts avec des groupes bénévoles, des groupes d'entraide, des organismes communautaires et gouvernementaux.

4.6 L'organisation du programme et les politiques

La philosophie et les principes sur lesquels reposent les services de consultations externes doivent être clairement définis et observés par le personnel administratif et les professionnels.

Le service de consultations externes doit participer aux programmes d'assurance de la qualité et d'évaluation de l'hôpital. Les politiques régissant les rapports entre les membres de l'équipe de consultation externe ainsi que leurs fonctions et responsabilités doivent être clairement définies. Le nombre de membres de l'équipe de traitement variera selon le nombre de malades, mais il doit comprendre des psychiatres, des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes. Tout membre de l'équipe pluridisciplinaire peut assumer les fonctions de directeur d'un programme à l'intérieur d'un

service. Chaque malade doit être affecté à au moins un membre de l'équipe de traitement, lequel devrait être responsable de la coordination du plan de traitement du malade.

Les responsabilités du personnel

Les responsabilités générales du personnel sont analogues à celles définies pour le personnel préposé aux services d'hospitalisation sauf qu'elles comportent davantage de contacts avec la collectivité. Le personnel doit donc bien connaître les ressources et services offerts dans la collectivité de façon à pouvoir les mettre à profit pour aider le malade à traverser une crise en subissant le moins de dérangement possible.

L'équipe de professionnels devrait se mettre à la disposition des services communautaires de santé mentale pour la consultation ou le diagnostic, la prise en charge et le traitement de certaines maladies ou affections qui relèvent de son domaine de spécialisation ou qui touchent un malade qu'elle connaît. Dans certains cas, le personnel préposé aux consultations externes peut se mettre au service d'un centre psychiatrique implanté dans la collectivité. Il peut rendre des visites à domicile afin d'évaluer, de surveiller ou d'intervenir au besoin afin d'éviter une rupture dans le fonctionnement social.

La direction médicale

La direction et la surpervision médicales devraient incomber à un psychiatre qui veillerait à administrer toutes les politiques relatives aux traitements médicaux des services de consultations externes.

Lorsque les services sont assurés par le biais de centres et d'équipes communautaires, il importe d'assurer une coordination étroite entre leur travail et celui des services hospitaliers de consultations externes.

L'accessibilité des unités

Idéalement, pour la majorité de la population, nul ne doit se trouver à plus d'une heure d'un service psychiatrique qui relève d'un hôpital général, ainsi que nous l'avons défini dans ces lignes directrices. Toutefois, comme cela n'est pas toujours possible, une personne devrait:

- avoir accès à un service satellite dont le personnel bénéficie de services de télécommunications adéquats pour la prise en charge des cas d'urgence;

- se trouver à moins d'une heure de route d'un service communautaire de santé mentale qui est en contact avec un service psychiatrique d'un hôpital général;

- se trouver à moins de quatre heures de route (ce qui comprend un service aérien facilement accessible) d'un service psychiatrique d'un hôpital général.

4.7 Le personnel

La dotation en personnel

Les services de consultations externes devraient être assurés cinq jours par semaine au moins. Dans la mesure du possible, les services offerts le soir et les fins de semaines devraient être fournis aux malades qui ne peuvent prendre part aux programmes pendant la journée, de façon à ce qu'ils n'aient pas à choisir entre la réintégration du milieu professionnel et la poursuite du traitement.

Le personnel thérapeutique devrait comprendre des psychiatres, des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes et, dans le cas des hopitaux d'enseignement universitaire, d'autres spécialistes tels que des neurologues, des pharmaciens, un physiothérapeute, des ludothérapeutes ou des diététiciens qui seraient disponibles aux fins de consultation.

Il est essentiel qu'une réceptionniste-secrétaire soit affectée au service de consultations externes. Il faudrait prévoir au besoin d'autres membres du personnel de secrétariat et de soutien.

Le nombre et la composition des effectifs requis dépendront de la demande, des services offerts et des ressources disponibles dans une région donnée.

La formation du personnel et les qualifications requises

Outre la formation et les qualifications évoquées dans la partie B.6, le personnel préposé aux services de consultations externes devrait posséder des aptitudes spéciales et l'expérience voulues qui lui permettent de travailler auprès des malades dans la collectivité. Il s'agit entre autres de la capacité de rendre visite aux malades à domicile et de travailler avec eux et de répondre à une situation d'urgence. En outre, le personnel devrait être parfaitement familiarisé avec la prise en charge des cas urgents; il devrait pouvoir déterminer quand il y a lieu

de recommander l'hospitalisation d'un malade et quand il convient mieux d'intervenir dans le milieu du patient pour que ce dernier puisse continuer de fonctionner de façon autonome.

Il doit être très compétent sur le plan de l'évaluation pour pouvoir déterminer quels sont les facteurs de déclenchement, qui expliquent le recours du malade au service de consultations externes.

Le personnel préposé aux consultations externes devra posséder une formation spéciale pour la prise en charge des cas difficiles[41].

4.8 La répartition et l'utilisation de l'espace et les caractéristiques spéciales du plan d'aménagement

Le service de consultations externes devrait pouvoir utiliser les salles de traitement, d'examen et d'entrevue et avoir accès à des salles de conférences et de thérapie de groupe. Il devrait disposer d'espace pour la rédaction des dossiers et le contrôle des médicaments. Certains des dispositifs de sécurité décrits dans la rubrique 2.8.2 de la partie consacrée aux services d'hospitalisation s'appliqueront également à un service de consultations externes, par exemple pour la conservation en lieu sûr des médicaments et des gaz médicaux.

5. LA CONSULTATION ET LA LIAISON

Définition du service

La consultation et la liaison sont des activités distinctes. Par consultation, on entend l'évaluation classique des malades à la demande d'un autre service, alors que la liaison consiste à établir des liens avec des membres d'autres unités ou services et à faciliter et à coordonner les plans de traitement des malades.

La clientèle

Le service est essentiellement axé sur la prestation de soins d'urgence aux malades mentaux aigus, surtout les psychotiques et les suicidaires.

Le service remplit également d'autres fonctions, notamment:

- intervention psychothérapeutique auprès des malades souffrant de dépression grave en raison d'une maladie physique incapacitante de nature chronique ou qui pourrait être mortelle;

---

41 Voir D. : "Le malade potentiellement agressif ".

- aide diagnostique dans le cas de symptômes inexpliqués;

- aide fournie par le personnel dans le cas de malades souffrant de troubles de la personnalité graves et d'une atteinte psychique chronique lorsque ces sujets perturbent vraiment le fonctionnement routinier du service et, à l'occasion, constituent une menace pour la sécurité des autres patients.

Le profil des malades

Il semblerait que bon nombre de patients adultes souffrant de maladies physiques aient de graves problèmes émotionnels ou psychiatriques qui méritent une évaluation et un traitement. En présence d'une maladie physique qui pourrait s'avérer mortelle, la prévalence de troubles mentaux semble être encore plus élevée. De façon générale, on semble ne pas reconnaître la présence de troubles mentaux conjugués avec des maladies physiques puisque seule une infime proportion de ce genre de malades sont adressés à un service de consultation en psychiatrie. Or, le fait de ne pas diagnostiquer et de ne pas traiter des problèmes peut accroître la morbidité et la mortalité chez les sujets.

Certains semblent indiquer que la population âgée est particulièrement vulnérable à ce problème qui se double souvent d'une mauvaise utilisation ou d'une sur-utilisation de médicaments.

D. LES CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

1. LA PRISE EN CHARGE DES CAS

L'importance du rôle joué par la prise en charge des cas dans le traitement des maladies mentales est un fait reconnu depuis longtemps dans la collectivité, et qui l'est de plus en plus en milieu hospitalier. Étant donné que la maladie mentale nécessite plus souvent des soins prolongés que des soins médicaux aigus, la prise en charge des cas est nécessaire si l'on veut que le malade reçoive le soutien voulu en cas de besoin. De plus, pour diverses raisons, les soins de santé mentale sont souvent moins accessibles que les soins de santé physique et les malades ont souvent besoin d'aide pour avoir accès à ces services.

La prise en charge des cas aide a assurer la continuité des soins pour le malade, en ce sens qu'elle détermine les services dont ce dernier a besoin dans la collectivité, qu'elle oriente le sujet vers les services et assure un suivi auprès de lui et voit à ce qu'il observe le traitement. Le responsable du cas établit une relation de confiance et de réciprocité avec le malade et sa famille, ce qui procure une source constante d'appui et d'encouragement. Il a pour rôle de faciliter les échanges entre les disciplines et de coordonner les soins dispensés en établissement et en consultations externes. C'est pourquoi il doit posséder de bonnes aptitudes à la collaboration et pouvoir faciliter la coopération entre les divers organismes. Il doit bien assurer la liaison et la continuité des soins. Lorsque les malades sont adressés à un centre spécialisé, par exemple un centre pour schizophrènes, le responsable du cas peut également veiller à ce qu'ils restent en contact avec les professionnels qui les ont traités.

Le rôle de responsable de cas a traditionnellement été confié au travailleur social, toutefois, n'importe quel membre de l'équipe de soins de santé mentale peut assumer cette fonction, à condition qu'il ait les capacités voulues, notamment :

- la capacité d'établir des liens avec le malade et sa famille;
- une connaissance du traitement et de ses effets;
- une connaissance des médicaments à valeur thérapeutique et de leurs effets sur les malades qui en consomment ou qui cessent d'en consommer;
- une connaissance des diverses ressources offertes dans la collectivité, y compris les services sociaux, par exemple des services de réadaptation professionnelle;

- la compétence d'aider et d'encourager le malade à rechercher l'aide dont il a besoin et à suivre les recommandations relatives au traitement;

- le pouvoir de bien travailler avec les professionnels de l'hôpital et de la collectivité;

- la capacité de se faire le porte-parole des malades incapables de défendre leurs propres intérêts.

La prise en charge des cas peut être rentable dans la mesure où elle évite le double emploi au niveau des soins et facilite le dépistage précoce des problèmes qui pourraient conduire à une crise, nécessiter des soins plus coûteux, par exemple des soins dispensés en établissement.

2. LE MALADE POTENTIELLEMENT AGRESSIF

Tout service hospitalier peut être confronté à des malades qui manifestent un comportement exagérément agressif à leur propre égard ou vis-à-vis des autres. Au nombre des problèmes couramment associés à ce genre de comportements potentiellement dangereux, figurent: le délirium, les états d'intoxication, les problèmes neurologiques, les états consécutifs à une crise, les états psychotiques, le post-partum, et les toxicomanies, surtout lorsque ces problèmes se doublent d'un trouble de la personnalité.

La prise en charge du cas devrait viser à prévenir des comportements agressifs dangereux plutôt qu'à composer avec eux lorsqu'ils se produisent, ou après qu'ils se sont produits. S'il est important de conserver une certaine souplesse sur le plan de l'approche, il existe cependant des stratégies très précises qui peuvent être appliquées de façon à prévenir la plupart des cas difficiles.

La prévention et la gestion efficace des actes dangereux dépend de l'éducation et de la préparation données au personnel qui oeuvre dans les secteurs critiques. Celui-ci devrait recevoir une formation de base lui permettant de reconnaître les signes et les circonstances qui peuvent être avant-coureurs d'un comportement destructeur. Outre les problèmes cliniques évoqués ci-dessus, il existe certains facteurs de prédiction tels que l'expression d'idées ou de menaces de violence, un état d'excitation ou d'agitation croissant, une posture anormale, des antécédents de violence et l'existence d'une victime potentielle.

La gestion de la violence à l'aide de techniques d'intervention d'urgence comporte généralement cinq grandes phases: l'évaluation, la

planification, l'intervention, l'évaluation et le suivi. Des interventions non prévues de la part du personnel risquent davantage de provoquer que de calmer le sujet.

Dans les hôpitaux qui ont des programmes de soins psychiatriques bien établis, il est recommandé de créer un groupe ou une équipe qui possède une formation poussée dans la gestion de la violence. Elle devrait être disponible 24 heures sur 24, et pouvoir intervenir dans les quelques minutes qui suivent. Les membres de l'équipe peuvent travailler un peu partout dans l'hôpital, mais ils doivent être de garde, et pouvoir se rassembler immédiatement sur les lieux où se produit l'urgence. Les petits hôpitaux devraient prévoir certaines mesures pour la gestion de la violence.

Comme ces situations soulèvent souvent des problèmes moraux et des questions qui relèvent de la médecine juridique, il importe de définir des politiques très claires au sujet de la gestion des cas et de l'organisation des structures de soutien, y compris le recours aux conseils juridiques. Tout le personnel doit pouvoir consulter des politiques et des procédures établies par écrit.

3. LES DROITS DU MALADE

Tout malade a le droit de s'attendre à l'excellence de la qualité des soins de santé et au respect de ses droits fondamentaux comme être humain. Les professionnels de la santé mentale devraient être préparés à procurer aux malades des informations complètes au sujet de tout plan thérapeutique proposé, y compris sur les effets des médicaments et d'autre produits biologiques. En outre, on devrait obtenir dans la mesure du possible le consentement éclairé des sujets pour l'administration de médicaments et d'autres produits biologiques. Le personnel a également le devoir d'informer le malade, sa famille et la collectivité des droits juridiques et civiques des malades. Lorsque le malade est jugé incapable, on doit obtenir le consentement éclairé de la famille ou du curateur désigné.

En outre, on doit tout faire pour veiller à la confidentialité du dossier du malade et des renseignements de nature délicate. On doit surtout veiller à conserver en lieu sûr les dossiers informatisés.

3.1 La défense des droits des malades

Certaines provinces ont institué des programmes qui visent à protéger les droits juridiques et civiques des malades dans les hôpitaux. Le mandat de ces programmes consiste à informer le malade, sa famille, le personnel hospitalier et la collectivité au sujet des droits juridiques et

civiques des intéressés; à aider à régler par voie de négociations des doléances présentées par les malades mentaux; à faire enquête sur les allégations d'incidents et les réactions de l'établissement et à orienter les malades au besoin vers d'autres sources d'aide dans la collectivité, par exemple les avocats ou les médecins, pour obtenir un deuxième avis. Tout organisme provincial qui songe à mettre sur pied un tel programme devrait s'assurer qu'il est compatible avec la loi provinciale régissant la santé mentale et être au courant des dispositions administratives et législatives en vigueur dans la région ou la province avant de se lancer dans une telle entreprise. Il y aurait lieu d'inciter le personnel hospitalier à se demander comment il entend répondre au mouvement de défense des droits des malades, en participant à des débats ou à des colloques pluridisciplinaires.

3.2 L'évaluation de la capacité

Il s'agit d'une question juridique qui, au Canada, relève entièrement de la compétence des provinces. Chacune possède sa propre législation en santé mentale qui régit le traitement et la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Par la consultation, les provinces tentent d'assurer une certaine uniformité dans leurs lois relatives à la santé mentale. Il faut toujours adopter comme point de référence des dispositions législatives propres à la province concernée.

3.3 L'internement

Le personnel d'un établissement psychiatrique devrait être parfaitement renseigné au sujet du contexte juridique auquel est assujetti l'établissement. Les dispositions juridiques varient et sont exposées dans la loi sur la santé mentale et la loi sur les droits de la personne ou une législation provinciale analogue. Les lois provinciales sont cependant assujetties à la Charte canadienne des droits et libertés dont voici quelques articles pertinents :

Article 7 : Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Article 9 : Chacun a droit à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives.

Article 10 : Chacun a le droit, en cas d'arrestation ou de détention:

a) d'être informé dans les plus brefs délais des motifs de son arrestation ou de sa détention;

b) d'avoir recours sans délai à l'assistance d'un avocat et d'être informé de ce droit;

c) de faire contrôler, par habeas corpus, la légalité de sa détention, et d'obtenir, le cas échéant, sa libération.

En vertu des dispositions générales de la Charte fédérale et de la plupart des lois provinciales, l'examen du cas :

- doit être offert à la demande de son conseiller ou de son porte-parole;

- doit autoriser le malade à être présent à citer et à interroger des témoins;

- doit faire reposer sur le médecin qui recommande l'internement le fardeau de la justification d'une telle mesure;

- doit permettre l'accès à tout document ou matériel dont peut avoir besoin le tribunal indépendant chargé d'examiner le cas;

- doit prévoir des dispositions concernant le droit du malade de recourir à un conseiller;

- doit permettre d'en appeler de la décision du tribunal.

Le guide de procédures de l'établissement devrait renfermer des dispositions bien définies concernant ces questions. Le dossier clinique des malades internés devrait contenir des données écrites au sujet de l'admission, des renseignements communiqués aux malades et à leurs familles et de l'avis donné à un agent juridique, selon les dispositions de la loi provinciale.

3.4 La tutelle

La tutelle est une question de droit civique sur laquelle les administrations provinciales commencent à se pencher. Faute d'une législation adéquate en la matière, les professionnels de la santé mentale devraient se montrer vigilants au sujet de la violation possible des droits du malade en matière de biens personnels. Il s'agit d'un problème qui touche plus particulièrement les personnes âgées, et les questions concernant la permanence et l'étendue de la tutelle se posent

souvent. Une personne âgée placée sous tutelle complète perd une bonne partie de ses droits civiques et peut se retrouver à vie avec le statut juridique d'un mineur. Dans ces conditions, on comprendra que les démarches entourant les questions de la capacité et de la tutelle ne devraient en aucun cas être expéditives, sous-estimées ou considérées comme une question de routine[42].

4. LA COMMUNICATION ET LES FACTEURS CULTURELS

L'expérience de l'hôpital peut être traumatisante pour n'importe qui. Elle l'est d'autant plus pour les malades qui ne parlent pas la langue de la majorité ou dont les valeurs ou coutumes culturelles sont foncièrement différentes de celles du personnel et des autres malades.

Dans une société multiculturelle comme la nôtre, l'administration de l'hôpital devrait tout mettre en oeuvre pour offrir des services de traduction aux malades qui parlent une langue différente et qui n'ont pas d'amis ou de membres de la famille qui puissent leur servir d'interprètes. Dans certains cas, il peut être préférable de faire appel à un interprète de l'extérieur qui connaît la terminologie médicale plutôt qu'à la famille ou aux amis de façon à ce que l'interprétation soit plus exacte et objective. Lorsqu'il existe dans la région des groupes culturels importants, l'hôpital devrait s'efforcer de mettre à la disposition des malades membres de ces groupes les services d'un personnel capable de parler la langue et de comprendre la culture en question.

Lorsqu'il évalue la situation psychologique des patients, le personnel hospitalier doit absolument comprendre le système de valeurs de ces derniers, puisqu'il peut s'agir d'un indice de ce que pense le malade au sujet des causes de son problème et de la façon d'y remédier. Il est particulièrement important d'évaluer le concept de la famille étendue afin d'obtenir une juste perspective de l'ensemble de la vie du malade.

Le personnel hospitalier doit être sensible aux différences de valeurs et de coutumes des malades qui appartiennent à d'autres cultures, et il doit les respecter. Dans la mesure du possible, il faudrait permettre aux malades d'observer les traditions culturelles ou religieuses qui importent pour eux. Par exemple, il faut si possible respecter les traditions alimentaires et d'autres coutumes.

---

42 Groupe d'étude sur les questions juridiques, "L'aspect juridique des soins dispensés aux personnes âgées souffrant d'incapacité mental", Santé mentale Canada, vol. 35, n° 2, juin 1987.

Les malades hospitalisés qui appartiennent à des cultures différentes peuvent se sentir très isolés ou seuls au cours de leur séjour et peuvent apprécier les visites amicales de quelqu'un qui parle leur langue et connaît leur culture.

Ces services devraient être offerts dans l'ensemble des services psychiatriques de l'hôpital général.

5. LES MALADIES INFECTIEUSES[43]

Toutes les autorités provinciales et tous les organismes chargés de l'octroi de permis d'exercice exigent que le personnel hospitalier et médical dispense des soins aux malades souffrant de troubles mentaux et de maladies infectieuses. Les problèmes de contagion peuvent être aggravés lorsque les malades présentent des troubles du comportement, de sorte que les hôpitaux devraient avoir des politiques et des procédures écrites concernant la prise en charge de ces cas. Ces politiques et procédures devraient porter sur des questions telles que l'hébergement, la protection du personnel, la manipulation du matériel contaminé et les déchets biologiques.

SIDA (infection par le virus VIH)

Les malades victimes du SIDA ou de maladies liées au SIDA ont des besoins et des problèmes qui commandent une planification et une attention spéciale de la part des hôpitaux et des autres dispensateurs de soins de santé. Outre les troubles graves et mortels, qui sont mieux connus, le SIDA peut s'accompagner de problèmes neuropsychiatriques qui découlent d'une atteinte cérébrale organique et d'états d'anxiété et de dépression modérés ou graves. Avec l'augmentation du nombre de victimes du SIDA, le nombre de malades qui se présentent aux unités de soins psychiatriques des hôpitaux généraux avec un comportement déréglé associé au SIDA est appelé à augmenter.

---

43 Pour obtenir plus de renseignements au sujet de la lutte contre les maladies infectieuses, y compris les infections par le virus VIH, consulter le Guide de prévention des infections pour techniques d'isolement et précautions, 1985 et le Guide de prévention des infections à l'intention du personnel travaillant dans des établissements de santé, 1986, Direction des services de santé et Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Santé et Bien-être social Canada.

Avec ce groupe de malades, sans doute plus qu'avec toute autre catégorie de patients, il devient impératif de mettre l'accent sur la pluridisciplinarité des équipes de travail, la consultation et la collaboration entre les psychiatres et les autres professionnels des soins de santé et entre ces derniers et les organismes sociaux et les groupes d'entraide. Il est fréquent que les victimes du SIDA se trouvent dans une situation financière catastrophique, qui s'explique par leur incapacité de travailler, l'ostracisme social et la rupture d'avec les amis et la famille. Elles peuvent donc avoir besoin d'une aide d'urgence et permanente pour le logement, le transport, l'alimentation et les besoins de base. S'il n'existe pas de possibilités spéciales d'hébergement et de counseling pour les malades atteints du SIDA dans la collectivité, il peut s'avérer impossible de restreindre les séjours à l'hôpital. C'est là où l'hôpital général, de concert avec d'autres organismes, devrait jouer un rôle de premier plan en favorisant l'amélioration des services offerts dans la collectivité et en établissement. Les normes régissant la lutte contre les maladies infectieuses s'appliquent au traitement des victimes du SIDA.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. "Alternative to Mental Hospital Treatment : A Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation", L.I. Stein et M.A. Test, Archives of General Psychiatry Vol. 37, No. 4, pp. 392-397, avril 1980.

2. "Morbidity and Rate of Undiagnosed Physical Illness in a Psychiatric Clinic Population", S.K. Koranyi, Archives of General Psychiatry, Vol. 36, No. 4, pp. 414-419, avril 1979.

3. "The Relation Between Physical and Mental Illness" M.R. Eastwood, University of Toronto Press, Toronto, 1975.

4. "General Hospital Psychiatry: Are Its Roles and Functions Adjunctive or Pivotal", A. Richman et P. Harris, General Hospital Psychiatry, Vol. 7, No. 3, pp. 258-266, juillet 1985.

5. "Emergency Psychiatric Services: A Study of Changing Utilization Patterns and Issues", P.S. Nurius, The International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 13, No. 3, pp. 239-254, 1983-1984.

6. "Compliance to Referrals from the Psychiatric Emergency Room", A. Blouin et al, Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 30, No. 2, pp. 103-106, mars 1985.

7. "The Nature and Effectiveness of General Hospital Psychiatric Services", H.C. Schulberg et B.J. Burns, General Hospital Psychiatry, Vol. 7, No. 3, pp. 249-257, juillet 1985.

8. "Psychiatric Emergencies: An Overview", S. Gerson et E.L. Bassuk, The American Journal of Psychiatry, Vol. 137, No. 1, pp. 1-11, janvier 1980.

9. "Cross-Cultural Comparison of British and American Psychiatric Emergencies", E.L. Bassuk et al, The American Journal of Psychiatry, Vol. 140, No. 2, pp. 180-184, février 1983.

10. "Emergent, Urgent and Elective Admissions", T.R. Trier et R.J. Levy, Archives of General Psychiatry, Vol. 21, No. 4, pp. 423-430, octobre 1969.

11. "Emergency Psychiatry for the Elderly", L.D. Herst, The Psychiatric Clinics of North America, Vol. 6, No. 2, pp. 271-280, juin 1983.

12. "Helping the Elderly Psychiatric Patient in Crisis", M.A. Raskind et al, Geriatrics, Vol. 31, No. 6, pp. 51-56, juin 1979.

13. "Geriatric Psychiatry in the Emergency Department: Characteristics of Geriatric and Non geriatric Admissions", H.W. Waxman et al, Journal of the American Geriatric Society, Vol. 30, No. 7, pp. 427-432, juillet 1984.

14. "Geriatric Psychiatry in the Emergency Department II: Evaluation and Treatment of Geriatric and Non geriatric Admissions", H.W. Waxman et al, Journal of the American Geriatric Society, Vol. 32, No. 5, pp. 343-349, mai 1984.

15. "Day Hospitalization Instead of Inpatient Care for Psychiatric Patients". J.E. Gudeman, M.F. Shore, et B. Dickey, New England Journal of Medicine, Vol. 308, No. 13, pp. 749-753, mars 1983.

16. "L'aspect juridique des soins dispensés aux personnes âgées souffrant d'incapacité mentale: la capacité, la prise en charge des intérêts et la protection des droits", Groupe d'étude sur les questions juridiques, Comité des lignes directrices relatives à la prestation de services complets aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux, Santé mentale au Canada, vol. 35, n° 2, pp. 7-13, juin 1987.

17. "Principles of Preventive Psychiatry", G. Caplan, Basic Book, New York, 1964.

ANNEXES

LES NIVEAUX DE PRÉVENTION

Depuis quelques années, l'accent est mis de plus en plus sur la prévention dans le domaine de la santé mentale. Caplan[44] a défini trois niveaux de prévention de la maladie mentale.

1. **La prévention primaire** : où les interventions visent l'ensemble de la collectivité plutôt que les particuliers (par exemple il existe un lien direct entre la détérioration de la situation économique et les problèmes tels que la violence dans la famille et les admissions en salle d'urgence). La prévention ici a pour objet de procurer à la collectivité suffisamment de ressources biologiques, psychologiques et socio-culturelles pour permettre à ses membres de surmonter les périodes stressantes de leur vie. Il existe une différence entre la prévention primaire et le dépistage précoce et le traitement.

2. **La prévention secondaire** : où les efforts sont axés sur des groupes à haut risque (par exemple les chômeurs, les victimes de violence, les malades chroniques et leur famille), l'objet étant de déceler et de traiter à temps les troubles mentaux.

3. **La prévention tertiaire** : où l'objet visé est la réadaptation maximale et la réintégration dans la collectivité du malade mental rétabli à la suite d'un traitement (par exemple par le biais de programmes communautaires offerts à ceux qui sont aux prises avec des incapacités résiduelles, pour les aider à avoir accès au réseau de soutien social). La prévention tertiaire suppose une étroite collaboration entre les services de santé et les services sociaux : sécurité du revenu, logement, emploi, programme d'activités et travail en milieu protégé.

---

44 Caplan, G. Principles of Preventive Psychiatry, Basic Books, New York, 1964.

ANNEXE II[45]

LE BASSIN DE POPULATION

Le bassin de population est un concept qui, aux yeux de beaucoup, joue un rôle capital dans la planification des services coordonnés. Un bassin de population délimite géographiquement la population à qui l'on doit offrir des services. Il peut s'agir d'une ville, d'une zone périphérique ou d'une région précise d'une province. Il peut être nécessaire de subdiviser de grands centres urbains en plusieurs bassins de population, mais quoi qu'il en soit, à l'instar de la police ou des services d'incendie, les services sociaux et de santé ont pour responsabilité de dispenser des services complets à tous les gens à l'intérieur de chaque zone clairement délimitée. Les charactéristiques géographiques, les autorités en place en matière de services, les habitudes de transport, la répartition de la population ne sont que quelques-uns des facteurs qui doivent entrer en ligne de compte lorsqu'on cherche à déterminer la taille et les limites d'un bassin de population. Ce travail suppose la mise en contribution de gens parfaitement familiarisés avec la région et son réseau de services.

Étant donné que la taille et la composition démographiques et sociales du bassin de population sont connues, il est plus facile de planifier et d'exploiter judicieusement les ressources et les services de santé mentale en applicant l'information que l'on possède sur l'épidémiologie et l'histoire naturelle des troubles mentaux. On peut affiner cette opération si l'on possède des données sur les services existants et les modes d'utilisation dans le bassin en question ainsi que des données plus détaillées sur la composition socio-économique de la population cible. Il est important de connaître la proportion des personnes souffrant de troubles mentaux par rapport au reste de la population pour une autre raison, à savoir que cet élément d'information permet de déterminer à la fois l'importance de la base de financement et les pressions qui peuvent être exercées sur les établissements qui dispensent des services de santé mentale.

---

45 Le texte reproduit ici est tiré des Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux, Division de la santé mentale, Direction des services de la santé Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1987. Certaines parties ont été modifiées pour tenir compte des besoins de l'ensemble de la population psychiatrique plutôt que de la population âgée uniquement.

Outre le fait de procurer un cadre utile pour la planification des services, un bassin de population permet d'établir l'admissibilité aux soins. Autre avantage: il facilite aux malades l'accès aux soins en ce sens que ces derniers savent où s'adresser et reçoivent des services dans leur propre voisinage. Il peut promouvoir la continuité des soins, l'élaboration d'un réseau de services à accès unique et aider la clientèle à bien se retrouver à l'intérieur du réseau.

Un bassin de population définit aussi les responsabilités des dispensateurs de services à l'égard de la population cible de leur région. La population risque moins d'être négligée lorsque chaque zone géographique est dotée de ses propres services. Si le bassin de population fait partie d'un ensemble plus vaste, par exemple un district ou une région avec lesquels il a des liens précis, il n'est pas indispensable que chaque bassin possède toute la gamme de services. Les ressources de l'unité géographique plus vaste peuvent être regroupées à l'échelle nationale de sorte que tous les bassins de population puissent avoir accès à tous les services essentiels, mais pas nécessairement à l'intérieur de leur propre territoire. Tel est le cas au Manitoba, où les bassins de population définis pour les soins chroniques sont reliés à l'intérieur de sept grandes régions, qui couvrent l'ensemble de la province.

Il existe cependant des problèmes inhérents au concept du bassin de population. En effet, une telle forme de division suppose qu'un réseau de services sociaux et de santé puisse être agencé de cette manière mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Un bassin de population peut correspondre à une division créée pour des raisons géographiques ou historiques, mais il s'agit plus souvent d'une entité administrative qui peut être imposée par les autorités publiques, les conseils locaux de santé, les hôpitaux ou d'autres conseils ou programmes. Dans certaines provinces, il y a des bassins de population pour les services psychiatriques, les soins chroniques et les soins à domicile, mais ils ne sont pas nécessairement les mêmes pour ces trois types de services. Les équipes communautaires de santé mentale, par exemple, n'interviennent pas forcément dans les mêmes bassins de population que les services psychiatriques implantés dans les hôpitaux et peuvent ne pas avoir accès aux lits d'hôpitaux qui se trouvent à proximité. C'est ce qui explique la difficulté de la coordination des services pour les malades mentaux.

La réinstallation des malades peut également poser des difficultés à moins que le concept du bassin de population demeure souple. Les critères d'admissibilité des malades varient parfois d'un bassin à l'autre, comme c'est le cas d'une province à l'autre, et les malades doivent dans certains cas attendre longtemps avant de pouvoir recevoir des services

dans un nouveau bassin. D'autres problèmes peuvent surgir dans les bassins qui comptent une population très nombreuse ou encore dans ceux où l'on trouve des établissements de prestige qui attirent des malades venant de loin.

La négociation et la concertation au moment de la planification peuvent atténuer sensiblement ce genre de problèmes. Les personnes souffrant de troubles mentaux ont besoin de toute une gamme de services sociaux et de santé notamment parce qu'elles ne parviennent pas à composer avec les activités de la vie courante. Aussi, si l'on veut leur offrir des soins efficaces et complets, il est préférable que tous les services qui s'adressent à elles (et non seulement les services strictement psychiatriques) soient coordonnés à l'intérieur du bassin de population.

ANNEXE III

A. EXEMPLES DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION

1. NAPPI (Non-Abuse Physical and Psychological intervention), Box 473, Auburn, Maine, USA, 04210

2. Prevention and Management of Disturbed Behaviour Program, Selkirk Mental Hospital, Selkirk, Manitoba

3. Professional Assault Response Training, Alberta Hospitals, Penoka, Alberta

4. Team Concept - Crisis Intervention, Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis, 3755 chemin de la Côte Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1E2

   À l'attention de: Psychiatrie d'urgence, l'infirmière en chef/le psychiatre en chef

B. EXEMPLES DE MODÈLES DE RÉSEAU ET DE SERVICE

1. Alcohol and Substance Abuse - Thunder Bay Hospital

2. Annapolis Valley - Mental Health Services

3. Community Resource Consultants of Toronto

4. Greater Vancouver Mental Health Services

5. Transition communautaire

ANNEXE IV

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE, LES POLITIQUES ET LES PROCÉDURES

Les guides régissant la structure administrative, les politiques et les prodédures qui s'appliquent aux programmes offerts en milieu hospitalier ont été formulés à la suite d'un examen des données provinciales, nationales et internationales.

Le texte qui suit servira, espérons-le, de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux de façon à assurer les meilleurs soins possible aux malades de ces unités.

I PHILOSOPHIE, RÔLE ET OBJECTIFS

- Philosophie, rôle et objectifs du programme
- Types de services offerts aux malades selon le diagnostic ou la gravité de la maladie
- Les services dispensés
- Toute restriction sur le plan des services aux malades

II ORGANISATION DU PROGRAMME

- Responsabilités du conseil d'administration
- Rapport entre l'administrateur et le personnel médical
- La gestion du programme

(i) Responsabilité du personnel

- Directeur
- Médecins
- Infirmières
- Autres membres du personnel

(ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Prévisions en vue de la disponibilité de consultants (médecins et autres membres du personnel hospitalier
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Généralités

- Responsabilité de l'admission des malades (personnes autorisées à admettre des malades)
- Critères d'admission - priorité selon:
    - le diagnostic
    - l'état de santé du malade
- Ordonnances de routine à l'admission
- Ordonnances relatives aux services médicaux
- Ordonnances de routine pour les cas d'admission d'urgence
- Politiques et planification relatives aux congés
- Durée du séjour selon le diagnostic
- Lutte contre les maladies infectieuses et isolement
- La prise en charge des situations d'urgence, y compris la réanimation cardio-respiratoire
- La délégation des responsabilités au personnel médical, infirmier et d'autres membres du personnel en cas d'urgence
- Les recherches et les enquêtes cliniques

- Les soins palliatifs, le constat du décès, les autorisations pour les autopsies, les dépouilles
- L'aiguillage, la consultation (obligatoire), le transfert, le suivi

2. **Le personnel**

- Critères de sélection: instruction, expérience, intérêts
- Critères pour l'octroi de permissions médicales ou cliniques
- Horaire de travail des médecins et d'autres membres du personnel
- Définition des rôles des étudiants et du surveillant (responsabilités, pouvoirs et comptes à rendre)
- Énoncés de fonctions
- Orientation et formation continues
- Appréciation du rendement
- Bénévoles

3. **Les malades**

- Les droits des malades
- Le profil du malade
- La participation de la famille
- La confidentialité
- L'éducation du malade et de la famille
- Les biens et avoirs du malade
- Le consentement au traitement
- Les droits de visite

4. **La sécurité**

- La sécurité et la prévention des accidents
- Le signalement des accidents et des incidents
- L'entretien et la sécurité de l'équipement
- Plan d'évacuation et de lutte contre les incendies
- Utilisation des dispositifs de contention

5. **Assurance de la qualité**

- Normes de travail
- Évaluation permanente de l'efficacité du service
- Évaluation de l'état du malade au moment de l'admission et du congé
- Compte rendu des incidents
- Examen des soins au malade
- Lutte contre les maladies infectieuses
- Vérifications (concurrentes et rétrospectives) des soins médicaux et infirmiers
- Examen par les pairs
- Étude de la morbidité et de la mortalité
- Évaluation du rendement de l'employé
- Évaluation et utilisation des produits et de l'équipement

IV PROCÉDURES

- Techniques de soins électives
- Techniques et procédures en cas d'alerte
- Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
- Guide des politiques et prodédures

ANNEXE V

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT LES PROGRAMMES OFFERTS EN ÉTABLISSEMENT

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes publiées par le sous-comité.

Centre de transplantation d'organes vitaux (1987)
Étalissement de soins prolongés pour adultes (1984)
Guide régissant l'établissement d'un laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire (1982)
Hôtellerie pour malades (1978)
Imagerie du sein: mammographie (1986)
Imagerie par résonance magnétique (1986)
La réutilisation des articles jetables : document de travail (1985)
L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés : un modèle à accès unique (1988)
Programme de médecine physique et de réadaptation (1986)
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires (1986)
Programme de traitement des lésions de la moelle épinière (1986)
Programme de traitement des néphropathie au stade terminal (1986)
Services d'inhalothérapie (1987)
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux (1986)
Services de soins intensifs (1986)
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux (1981, sera révisé en 1988)
Services de soins prolongés pour enfants et adolescents (1985)
Services de toxicomanie dans les hôpitaux (1984)
Services d'urgences préhospitaliers (1985)
Services et systèmes de visualisation diagnostique : vue d'ensemble (1986)
Services hospitaliers de don d'organes et de tissus (1986)
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux (1982)
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux (1979, sous révision)
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux (1982)
Unité de chirurgie de jour (1982)
Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux (1985)
Unité de gériatrie - Hôpitaux de jour pour personnes âgées (1979)
Unité de médecine de jour dans l'hôpital (1984)

Unité de médecine nucléaire (1985)
Unité de soins aux brûlés (1985)
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier (1979)
Unité de soins de jour pour diabétiques (1978, sera révisé en 1988)
Unité de soins intensifs périnatals dans un réseau de soins périnatals (1986)
Unité de tomodensitométrie (1986)
Unité d'urgences dans les hôpitaux (1981)